

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.286.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

14 Septiembre 1935

MORRHUËTINE

JUNGKEN

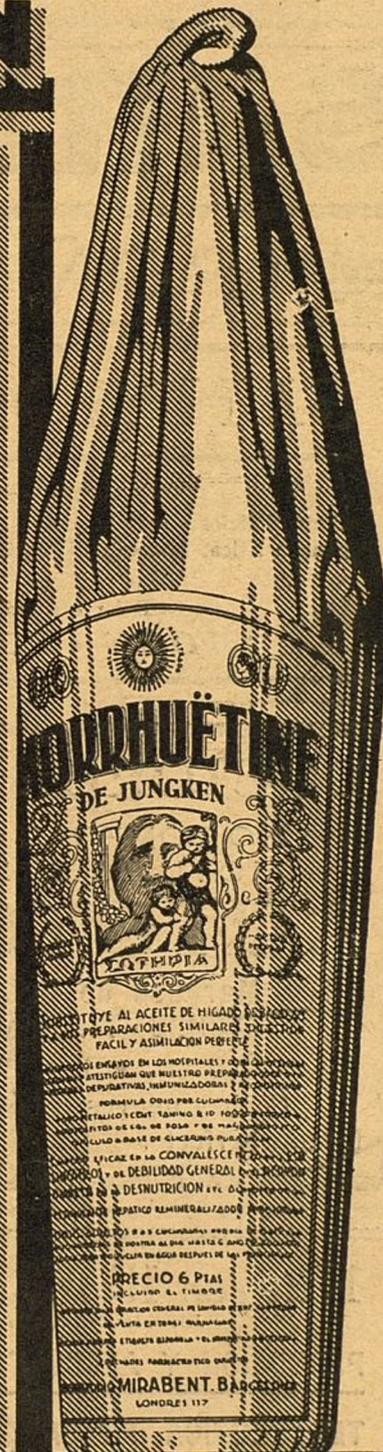
CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos. cal. sosa. manganeso
Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

- Eficaz en el tratamiento de las*
- Adenopatías*
 - Linfatismo*
 - Escrofulismo*
 - Raquitismo*
 - Diabetes*
 - Heredosifilis*
 - Ameno y Dismenorrea*
 - Convalecencias*
- Estados llamados Pretuberculosos*



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.* Esculus hippocast, novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

DE LA GOTA

Magnífica obra del Dr. ANAYA, en la que expone todos los caracteres y casos de esta enfermedad. Tratamiento propio y estudio, resumen y comentario de los profesores europeos especializados en esta rama de la Medicina.

Un tomo cuidadosamente editado.

Una obra práctica y necesaria a todos los médicos. Un libro de consulta constante.

SOLO POR 5 PESETAS.

No deje de adquirir este libro y haga sus pedidos al

APARTADO 121 © MADRID

SARNA

(ROÑA)

cura rápida y cómoda con el *Sultureto Caballero* Destructor tan seguro del Sarcoptes Scabiei, que una sola fricción, sin baño previo, lo hace desaparecer por completo, siendo aplicable en todas las circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAYO”.- LA MEJOR AGUA DE MESA

DOCTORES:

NO COMPRAD AUTOMOVILES SINO EN

AUTOTODO

Marqués de Cubas, 12
MADRID - Teléfono 12389



Coches nuevos y de ocasión.

Estado perfecto.

Facilidades

Lanierías y Colchonerías MALDONADO

Casas especializadas en el servicio de
SANATORIOS ◆ PREVENTORIOS
DISPENSARIOS, etc. ◆ ◆ ◆

Leganitos, núm. 27 - Teléfono 13888

Sucursal: Fuencarral, 48 - Teléfono 11842

TALLER MECÁNICO de VAREO de colchones
Bola, núm. 12 - MADRID

Nuevos libros del Dr. VALDES LAMBEA

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fimatología del Ejército

PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO (Seis lecciones elementales) — 8 PESETAS —

TERAPÉUTICA FUNDAMENTAL DE LA TUBERCULOSIS (Lecciones para médicos generales y estudiantes) 10 PESETAS

Pedidos a EL SIGLO MÉDICO: A reembolso 0,75 más

Bálsamo de Fioraventi.....	250 gr.
Jabón blanco.....	30 —
Alcanfor	20 —
Esencia de romero.....	8 —
Esencia de tomillo.....	} aa 4 —
Amoniaco	

Para fricciones locales.—Reumatismo crónico, etc.

Tintura de cantáridas.....	5 gr.
Cloruro neutro de quinina.....	2 —
Bálsamo de Fioraventi.....	40 —
Bálsamo de romero.....	60 —

Para hacer tres veces por semana una fricción del cuero cabelludo.—Seborrea (especialmente sifilítica).

Bálsamo de Fioraventi } Bálsamo de espliego..... }	aa 50 gr.
---	-----------

Salicilato de mercurio. 15 milig. a 10 centig.

Para fricciones después de un linimento excitante en las placas de pelada.

Esencia de clavo.....	} aa 2 gr.
Mentol	
Tintura de nuez vómica.....	25 cc.
Tintura de quina.....	75 —
Alcohol alcanforado.....	} aa 100 —
Bálsamo de Fioraventi.....	

Para fricciones generales dos o tres veces al día para estimular las funciones cutáneas.—Afecciones renales con amenaza de uremia, inminencia de coma diabético, etc.

Alcohol de espliego.....	} aa 20 cc.
Agua de Colonia.....	
Esencia de trementina.....	
Acohol alcanforado.....	40 gr.

lidación de las fracturas, y puede intentarse darlo contra ciertas dermatosis (psoriasis, etc.), y contra los fibromas, la hemofilia y la enteroneurosis.

Contraindicaciones.—Impiden el empleo de la medicación tiroidea la edad avanzada, la degeneración grasienta y la insuficiencia del miocardio, la arteriosclerosis y la angina de pecho, la insuficiencia renal, la glucosuria y la albuminuria.

Por último, a la primera manifestación de tiroidismo se suspenderá el tratamiento por espacio de diez días.

Modos de administración y dosis.—I. Glándula tiroides de carnero, fresca, picada y hecha bolitas, que se toman con caldo o con azúcar en polvo.

Comiéndose por un gramo, para llegar poco a poco a cuatro gramos.

II. Cuerpo tiroides peptonizado, que representa un cuarto de su peso de glándula fresca: de cuatro a 16 gramos.

III. Tiroidina o polvo de glándulas desecadas: en pastillas y grajeas, 25 centigramos a un gramo al día.

No debe prepararse mucho tiempo antes de usarla.

IV. Jugo tiroideo, extracto flúido para inyecciones hipodérmicas: para inyectar cada semana de dos a cuatro centímetros cúbicos de una solución al 1,5 por 100.

V. Yodotirina o tiroyodina en polvo o en sellos de 25 centigramos. Dosis: de 50 centigramos a dos gramos (adultos).

VI. Tiratoxina (Byla) o extracto tiroideo desprovisto de los lipoides y leucomáinas tóxicas; producto seguro y muy recomendable: pastillas de 25 miligramos; de una a cuatro al día, gradualmente, y más en caso de tolerancia.

Estas pastillas representan cinco veces su peso de glándulas frescas.

Niños: Cuerpo tiroides fresco: de 25 centigramos a un gramo (o más, si la tolerancia es satisfactoria).

Polvo de glándulas desecadas: de 10 a 40 centigramos (o más).

Tiratoxina: de media a dos pastillas, progresivamente.

TORMENTILA

Farmacología.—Raíz de la tormentilla vulgaris (Rosáceas).

Principios activos: Tormentilotanino, rojo de tormentilla y ácido elágico.

Acción fisiológica y terapéutica.—Es un buen astringente, que, además, tiene la ventaja de ser tónico (por el tormentilotanino y el rojo de tormentilla), y hemostático (por el ácido elágico).

Se emplea en las diarreas profusas, en la disentería (sobre todo con tendencia al colapso) y en las hemorragias viscerales (principalmente en la enterorragia).

Modos de administración y dosis.—Polvo: de cuatro a 10 gramos al día, en sellos o bolos.

Extracto acuoso (seco): de dos a cuatro gramos al día en tomas de 50 centígrados, sobre todo en píldoras.

TREMENTINA (Y DERIVADOS)

Farmacología.—Substancia compleja, viscosa, semiflúida, de color amarillo rojizo, olor penetrante análogo al de los pinos y sabor acre, insoluble en agua y soluble en alcohol, en el éter y en los aceites.

La trementina se obtiene por incisiones en el tronco de diversas coníferas, en especial de las siguientes:

Alerce, que da la trementina de Venecia (Códex).

Pino marítimo, que da la trementina de Burdeos (Códex).

Abies pectinata, que da la trementina de los Vosgos.

Además, el Códex inscribe la trementina purificada, recomendable para uso interno.

Gotas:

Esencia de trementina purificada..... C. S.

Para tomar de tres a cinco gotas en una tisana aromática caliente.—Hematemesis.

Inhalaciones:

Trementina de Venecia.....	30 gr.
Creosota de haya.....	10 —
Bálsamo del Perú.....	} aa 20 —
Tintura de eucalipto	
Tintura de benjuí.....	} aa 20 —
Esencia de trementina.....	

Para inhalaciones con un frasco lavador lleno hasta la mitad.—Bronquitis intensas, tuberculosis pulmonar, gangrena pulmonar.

Esencia de trementina.....	1 gr.
Cloroformo	3 —
Eter	6 —

Para inhalar varias veces al día una gota en un trozo de algodón.—Coqueluche grave.

Linimentos:

Bálsamo de Fioraventi.....	} aa 30 gr.
Alcohol de espliego.....	
Eter	4 —
Alcanfor	1 —

H. S. A.—Para fricciones locales.—Reumatismo crónico, neuralgias, parálisis.

Fricciones alrededor de los ojos.—Astenopia acomodativa.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

14 IX-1935

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino, TERTULIA MEDICA, y la publicidad, a la Administración, Apartado 121, Madrid.

EL MAREO DEL AIRE

El mareo del aire es el equivalente al mareo del mar, o, más exactamente, el mareo del aire es para las personas que viajan en avión lo que es el mareo para las que viajan por mar.

El mareo está generalmente producido no sólo por los movimientos más o menos violentos de cabeceo o balanceo del barco, sino también por la permanencia que en el interior del mismo impone el mal tiempo. El avión tiene sobre el barco una gran ventaja. El último está ligado al elemento sobre el que navega, y no puede huir la tempestad sino a costa de grandes rodeos; la aeronave puede, cambiando de altitud, elevarse por encima de las capas de aire demasiado agitados y hallar una región más tranquila propicia al vuelo.

El mareo del aire se observa, sobre todo, en los viajes de alguna duración, a causa de la atmósfera encerrada de las aeronaves de transporte público. Sin embargo, las personas que tienen un estómago sensible pueden también marearse en aparatos abiertos, a causa de las violentas sacudidas de los remolinos.

En ciertas altitudes el mareo se puede confundir con los trastornos provocados por la falta de presión; la sintomatología presenta a veces en muchos individuos, si no los mismos aspectos, por lo menos muy similares. Se recordará que es una excepción hallar en altitudes elevadas remolinos susceptibles de marear a un piloto que vuela en un aparato abierto.

Causa determinante. — Movimientos

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Sépl-cemioi.-Purgantii (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio página XVI.)

bruscos de subidas y bajadas causados por los remolinos; estas bajadas casi instantáneas y estos restablecimientos repentinos en la línea de vuelo pueden ocasionar un descenso de cinco a 30 metros o más, que provocan gran excitación en el órgano auditivo, en el sistema nervioso gran simpático, así como en el aparato digestivo.

Los movimientos de balanceo, mucho menos importantes y, en general, muy soportables alrededor del eje longitudinal del aparato, pueden también provocar el mareo; su movimiento es análogo al que sufren los barcos.

La brutal excitación del órgano del

oído es para algunos otorrinolaringólogos el factor principal del conjunto de causas que pueden ocasionar el mareo del aire.

El profesor Quix, de la Universidad de Utrecht, una de las personas que más han estudiado los "trastornos aeronáuticos" debidos a la excitación de los conductos semicirculares y del sistema otolítico, ha demostrado que el mareo se

Diarreas estivales
ELDOFORMO
"Bayer"

produce por una fuerte excitación anormal y no fisiológica del aparato otolítico.

No es necesario, para determinar una excitación violenta del aparato auditivo, que los movimientos de subida y bajada sean muy acentuados, lo que en la práctica suele ser muy raro; basta con que sean bruscos y frecuentes. Un descenso de algunos metros muy breve, pero muy rápido, lo mismo que las oscilaciones mínimas, pero repetidas, alrededor del eje longitudinal del avión, es suficiente para provocar una intensa excitación otolítica, que en este caso varía de segundo en segundo, terminando las personas sensibles por no poder soportar sin malestar estos movimientos.

CAUSAS FAVORABLES

Atmósfera de la cabina.—Las condiciones de ventilación, de calefacción, el ruido del motor y los olores son las causas principales. Tienen tal importancia, que en la actualidad la mayoría de los médicos de la aeronáutica civil consideran el mareo del aire más bien como un accidente de intoxicación debido a la falta de higiene en la cabina que a un defecto de adaptación a los movimientos del avión, estimando que se podrá evitar fácilmente si se toman ciertas precauciones, de las cuales unas dependen de la construcción del aparato, y las otras, del pasajero. Se ha comprobado que en el curso de ciertos viajes efectuados en tiempo de perfecta calma, sin el menor remolino, muchos pasajeros han sentido molestias en las cabinas muy caldeadas y mal ventiladas de ciertos aparatos. Estas mismas personas han efectuado el mismo recorrido en iguales condiciones atmosféricas, o quizás no tan buenas, pero en otro tipo de aparato bien venti-

lado, y no han sentido malestar alguno.

El mismo fenómeno se observa en el mar. Un pasajero bastante sensible soportará mejor una mar gruesa si está echado en una butaca sobre cubierta, respirando el aire puro, que si está acostado en su cabina, donde la atmósfera está caldeada y encerrada.

a) *El vértigo óptico.*—El vértigo óptico no es más que una complicación del balanceo alrededor del eje longitudinal del avión, debido, sobre todo, al tipo de aparato empleado. En el tipo de avión de transporte de ala elevada, donde la cabina se encuentra debajo del ala, el pasajero tiene la vista libre y ve el plano sobre la línea del horizonte, sin punto de comparación. Por consiguiente, no habrá una discordancia desagradable entre sus impresiones visuales y las sensaciones de los movimientos de balanceo alrededor del eje longitudinal del avión.

En los tipos de aviones de transporte de ala baja la cabina está colocada encima de las alas, que tapan gran parte de la vista que se puede tener desde el avión. Este, en el curso de sus movimientos alrededor de su eje longitudinal, la impresión visual de balanceo será, por los numerosos puntos de comparación, mucho mayor que la sensación experimentada. Esta discordancia aumenta, además, con las partes del avión, como mástiles, alambres, etc., que están dentro del campo visual del pasajero; produce primero una sensación desagradable, molesta después, que puede, al exacerbarse, provocar náuseas y vómitos, terminando la obra que el movimiento del avión y la atmósfera encerrada han preparado. El vértigo óptico despende, por

HOSPÉDESE EN EL
GRAN HOTEL LONDRES
GALDO, 2, esquina a Carmen y Preciados,
próximo a la Puerta del Sol.-MADRID

tanto, de los movimientos del avión y de su construcción.

b) *La ventilación.*—Se hacía aún no hace muchos años, en la mayoría de las cabinas, de atrás hacia adelante, a causa de la presión que se produce durante el vuelo en el puesto de pilotaje. Esta ventilación no sólo era insuficiente, sino que tenía a veces el doble inconveniente de introducir en el interior de la cabina emanaciones procedentes de los lavabos, situados en la parte posterior de la misma, y fuertes olores de vapor de aceite quemado.

En los aparatos de último modelo la

TERTULIA MEDICA

ventilación se efectúa de delante atrás. Se recomienda no abrir las ventanas, que están provistas de un dispositivo que permite al pasajero tener aire fresco al lado de su asiento sin molestar a los demás viajeros. Este dispositivo aporta una gran mejora, susceptible de disminuir, en considerables proporciones, los malestares provocados por una ventilación defectuosa.

c) *Un sistema de calefacción defec-*

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.
Call, 22. - BARCELONA

tuoso puede ser también una de las causas importantes que provoquen el mareo. Cuando el avión está provisto de motores que se enfrían por agua, la calefacción de la cabina se efectúa sin la menor dificultad; el agua caliente procedente del motor atraviesa toda la cabina antes de volver al radiador, produciendo un calor suave y agradable, no despiden ningún olor y puede regularse de un modo relativamente fácil, aumentando o disminuyendo la superficie de calor.

Cuando el aparato está provisto de motores enfriados por aire, es mucho más difícil encontrar una solución tan satisfactoria, obteniéndose generalmente la calefacción del modo siguiente: el tubo de escape está rodeado de una faja abierta en la parte anterior; el aire penetra, se calienta y después pasa a la cabina. La mejor solución, a la que se llegará tarde o temprano para los grandes aparatos de transporte, es la de un motor auxiliar que procure la corriente necesaria al alumbrado, calefacción y hasta para la cocina de a bordo, etc.

d) La cuestión de la importancia del ruido de los motores también ha sido planteada; pero no creemos en la gran influencia del ruido en el mareo del aire; sin embargo, reconocemos que para las personas nerviosas el ruido de los moto-

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

res, y especialmente de la hélice, es muy molesto, y que su supresión aumentaría considerablemente la comodidad y el encanto del viaje en avión.

e) Respecto al *factor psíquico*, es inútil que nos detengamos en demostrar su influencia considerable, admitida por todos. El pasajero que se instala a bordo con optimismo, persuadido de que no se ha de marear, tiene muchas probabilidades para no padecer esta molestia. Los saquitos de papel impermeable colgados en el respaldo de los asientos tienen a menudo una influencia deplorable, pues atraen la atención del viajero sobre la frecuencia del mareo. Sin pretender proponer su supresión, consideramos que convedría buscarles un sitio menos visible, aunque siempre al alcance de la mano: debajo del asiento, por ejemplo.

f) En fin, el mareo en el avión, como el mareo en el barco, *es contagioso*; basta con un pasajero indispuerto para tener a bordo varios casos, incluso en una travesía tranquila. Otras veces, al contrario, a pesar de violentos remolinos, nadie se encuentra mal; pero si por desgracia alguno comienza a sentir las primeras molestias, todos los pasajeros pagan su tributo.

g) Lo mismo que en el mar el tener la *atención fija* impide muchas veces el mareo, es muy conveniente en avión poner a la disposición de los viajeros mapas que les permitan seguir el trayecto, guías que les ilustren sobre las particularidades del camino y describan las regiones y ciudades sobre las que vuelan, con lo que el espíritu del viajero está entretenido y se evitará muchas veces la menor molestia. Desde este punto de vista, los grandes aviones modernos están perfectamente ideados; le es muy fácil al pasajero ir al bar o al salón de fumar y circular por el pasillo que le



conduce de la parte posterior al puesto de mandos, donde puede, sin molestar a nadie, ver trabajar al personal y admirar el panorama.

h) *Respecto a los medicamentos* y a los múltiples remedios o panaceas, no se puede negar que tienen alguna influencia psíquica, por lo cual nos guardaremos muy bien de destruir la fe, que es lo único que salva.

Sintomatología.—La sintomatología del mareo en el aire es casi la misma que la del mareo en el mar, y puede presentarse de tres modos:

Modo cefálico (comienza con bostezos continuados, seguidos de cefalalgia bastante violenta, acompañada de ruidos en los oídos, intensa salivación, náuseas más o menos violentas, y otras veces, al contrario, angustia o somnolencia).

Forma gástrica (malestar indefinible, al que siguen rápidamente las náuseas y los vómitos repetidos, muy molestos por tener el estómago vacío).

Forma mixta (sucesión de los fenómenos que caracterizan las formas cefálicas y gástricas).

El mareo no se presenta siempre del mismo modo en el mismo individuo.

TRATAMIENTO

a) *Preventivo.*—Parece el más importante de todos. El mareo en el aire depende mucho más de la higiene que de la terapéutica.

Se sabe hace mucho tiempo que en el mar el mareo no se produce o que, por lo menos, las molestias que ocasiona son mucho menores cuando se tiene la precaución de echarse con la cabeza baja.

La falta de sitio en el avión obliga hasta ahora a los pasajeros sensibles a permanecer sentados. Gran parte de las medidas de profilaxis pertenecen al exclusivo dominio del constructor, y es casi seguro que si se llegan a perfeccionar la ventilación y la calefacción, remediando los defectos que hemos mencionado, que con frecuencia son los principales causantes del mareo, éste disminuirá en dos terceras partes por lo menos; pero de todos

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO. EL MAS ASIMILABLE

modos hay que reconocer que ya se ha hecho mucho en este sentido.

El piloto del avión también puede intervenir, pues si al barco le es imposible navegar únicamente en regiones tranquilas, para el avión es bastante fácil evitar las zonas agitadas de la atmósfera.

Las otras medidas preventivas debe tomarlas el pasajero. La primer pregunta que se hace es la de si conviene o no comer antes del vuelo. La mayor parte de los autores recomiendan no alterar en nada las costumbres normales, evitando, sin embargo, las comidas demasiado abundantes, indigestas y, sobre todo, precipitadas.

Todos los remedios preconizados contra el mareo en el mar se han ensayado contra el mareo en el aire, con los resultados más variados, lo que explica la importancia primordial del factor individual. La autosugestión, la acción de la voluntad, la sugestión simple o con ayuda de un medicamento anodino dan muy buenos resultados, sobre todo en los nerviosos. También es muy conveniente fajarse el vientre desde la ingle hasta el pecho con una faja de franela bastante apretada.

También se recomienda distraer el es-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

píritu leyendo un libro agradable, una guía de la región o mirar el panorama si la cabina tiene hermosas ventanas

Los medicamentos que se recomiendan contra el mareo son innumerables; la mayoría son ineficaces y sólo algunos merecen atención.

b) *Curativo.*—No es aplicable en el avión en las condiciones actuales; por consiguiente, huelga hablar de él.

El mareo en el aire, como el mareo en el mar, cesa generalmente en cuanto se toca tierra. Sin embargo, sucede, cuando el tiempo ha sido particularmente malo, que algunas personas sensibles sigan sintiendo molestias durante el trayecto en automóvil o en tren consecutivos al aterrizaje. Basta en estos casos con abrir una ventana o echarse para evitar todo malestar.

CESTONA AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESTINOS, ESTRENIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

Se exportan en botellas de a litro.—De venta en todas las farmacias y droguerías.

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga.—Para la línea de los Vascongados de Bilbao a San Sebastián, estación Zumaya.—El ferrocarril eléctrico de "UROLA", de Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo balneario, llamada CESTONA-BALNEARIO.

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

Balneario CALDAS DE OVIEDO

Especializado en la curación de Reumas - Catarros - Consecuencias gripales

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

(En el mismo edificio de los baños, estufas, inhalaciones etc.)

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.
Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE

Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio
— a 15 de Septiembre —

Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor don
VICTOR M.ª CORTEZE

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Delicosa estación de verano. - Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

MEDINA DEL CAMPO

(VALLADOLID)

Cloruradosódicas sulfurosas, variedad yodobromurada 15º

ESCROFULISMO, GINECOPATIAS,
REUMATISMO, ANEMIA, NEUROSIS

Temporada: 15 de Junio a 15 Septiembre

TERMAS ORION

Santa Coloma de Farnés (Gerona)

Aguas agratotermas radioactivas. Las más fluoruradas
de Europa, contienen emanación de torium.

Enfermedades nerviosas, afecciones circulatorias,
reumatismos, procesos quirúrgicos

Temporada: Del 15 de Mayo al 31 de Octubre



BARACHOL



Antisármico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin
desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

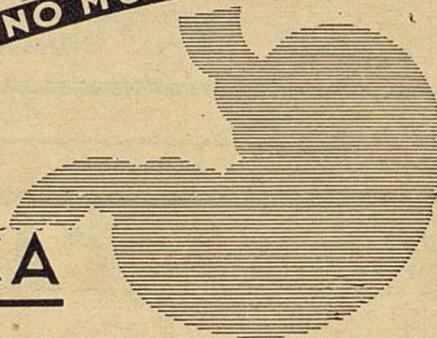
LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA



LABORATORIO
TÍO
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

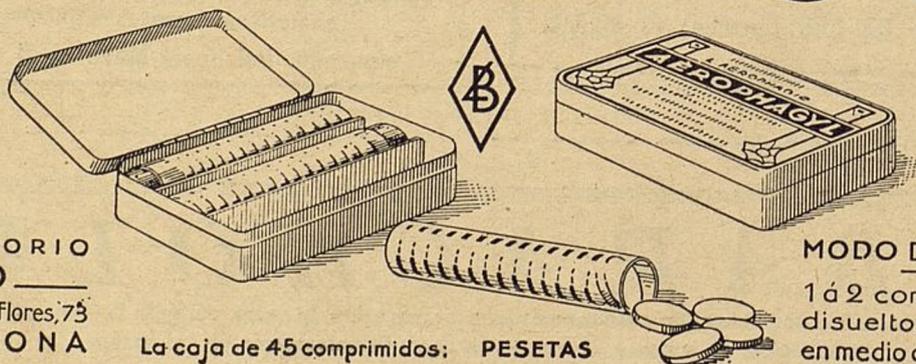


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
TÍO
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: **PESETAS**

MODO DE EMPLEO
1 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

■ Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comin.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M.^a Cortezo y Prieto. ■

PUBLICACIONES REFUNDIDAS.—Boletín de Medicina.—Gaceta Médica.—Genio Médico-Quirúrgico. Correspondencia Médica.—La Sanidad Civil.—Revista Clínica de Madrid.

1854 * AÑO OCHENTA Y DOS * 1935

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Excmo. Sr. Prot. D. Amalio Gimeno y Cabañas

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.^a Cortezo

Inspector general de Instituciones Sanitarias. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Prof. A. GARCIA Y TAPIA De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.	Dr. J. MARTIN RENEDO Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.
Dr. VITAL AZA Y DIAZ Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. MARIANO GOMEZ ULLA Inspector general de Cirugía del Ejército.	Dr. A. MORANA Y JIMENEZ Análisis clínicos.	Prof. R. ROYO-VILLANOVA De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.
Prof. J. BLANC Y FORTACIN Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. F. GONZALEZ DELEITO Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.	Dr. F. MURILLO Y PALACIO Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. SARABIA Y PARDO Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.
Dr. JULIO BRAVO Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.	Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.	Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.	Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
Dr. SANTIAGO CARRO Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Prof. ANTONIO PIGA Y PASQUAL Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.	Prof. ENRIQUE SUÑER Y ORDONEZ De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. J. DE ISASA Y ADARO Pediatra.	Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. M.^a TOME Y BONA Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.
Dr. E. FERNANDEZ SANZ Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. SANTIAGO LARREGLA Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.	Dr. A. PULIDO Y MARTIN Urólogo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.
Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	Dr. E. LUENGO Y ARROYO Del Instituto Nacional de Higiene.	Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. J. VALDES LAMBEA Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatología del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
Dr. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.		Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.^a Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

Director: F. JAVIER M.^a CORTEZO y COLLANTES, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Redacción y Administración: Serrano, núm. 58. - Madrid. - Teléfono 52703

PRECIOS DE SUSCRIPCION

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas. Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contra. — Pago adelantado Número atrasado, 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al Administrador. } Apartado de Correos núm. 121
La científica y profesional al Director..... }

EL SIGLO MEDICO

Tomo 96

::

Sábado 14 de Septiembre de 1935

::

Núm. 4266

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Medicina legal de la parálisis general progresiva, por el Dr. Federico González Deleito.—La febrícula en los enfermos con estenosis del orificio auriculoventricular izquierdo, por el Dr. Valdés Lambea. Algunos caracteres generales de las afecciones cutáneas de trabajo, por el Dr. Javier M. Tomé Bona.—La ruta de Esculapio, por el Dr. Albiñana y Sanz.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Medicina legal de la parálisis general progresiva

POR EL

Dr. F. GONZALEZ DELEITO

Teniente Coronel médico. Jefe de la Clínica psiquiátrica militar de Ciempozuelos.
Ex Profesor de Psiquiatría de la Academia de Sanidad Militar.

Hasta hace unos veinte años los problemas médico-legales que suscitaban los parálisis se limitaban a informar sobre hechos realizados en el primer período clínico de la enfermedad, que precisamente por eso era designado por algunos con el nombre de período médico-legal de la parálisis. Algunos lo llamaban período preparalítico, como si estos períodos iniciales no formaran parte integral de la enfermedad. El nombre era todavía más absurdo que el de pretuberculoso, pues, al fin y al cabo, con este último se designan cuadros clínicos que muchas veces se detienen y retroceden sin llegar a los períodos avanzados y finales de la enfermedad, mientras que los preparalíticos eran pacientes que de un modo casi fatal abocaban a los estadios finales. Las remisiones, aun tomando por tales todas las que se describían, eran verdaderas rarezas.

En realidad, era la iniciación clínica de la parálisis general, que, como sabemos hoy día, va precedida de un período de latencia en el que existen alteraciones evidentes en el líquido cefalorraquídeo, y lesiones anatómicas bien demostrables en meninges y corteza que no dan lugar a trastornos funcionales.

En los casos simples de parálisis general la iniciación clínica se revela por una ligera obnubilación de la conciencia del enfermo, obnubilación que desaparece más tarde, y por los primeros fallos de la actividad psíquica, fallos que recaen de preferencia en las funciones más elevadas y complejas, y afectan a los sentimientos éticos y estéticos más finos. De ahí los juicios defectuosos, el sacar conclusiones erróneas y el aventurarse en actos y empresas teniendo por guía tan sólo los deseos del momento, sin parar mientes en dificultades, imposibilidades, consecuencias funestas, etc. Por eso, en lo económico, se emprenden negocios ruinosos, se hacen compras y ventas absurdas, operaciones bur-sátiles catastróficas, etc., y, en otro orden de asuntos, se realizan matrimonios descabellados y se dictan testamentos insensatos.

Todos estos actos son espontáneos en ocasiones; pero otras veces son inducidos por terceros, que se aprove-

chan criminalmente de la debilidad mental de aquel enfermo y le sugieren el cometerlos para lucrarse con ellos. Cuando el absurdo no es muy llamativo y cabe la explicación de los fracasos que se sufren o de las tonterías que se hacen, la familia es la primera en darlos por buenos y en resistirse a creer en la enfermedad mental. Sólo más tarde, cuando ésta ha progresado y se ha hecho más ostensible, quieren repararse de alguno de los errores sufridos; pero las más de las veces es tarde, y los informes médico-legales a posteriori siempre han pecado de deficientes.

Aparte de estos casos, los problemas que esta enfermedad planteaba se reducían a los de internamiento y declaración de incapacidad e irresponsabilidad total. El terrible calificativo de progresiva hacía valer siempre sus derechos, y los enfermos morían en plazo relativamente breve por ictus, por lesión cardíaca, por marasmo; en general, puede decirse que por fracaso de los centros nerviosos vegetativos. Durante el tiempo de supervivencia eran rarísimas las detenciones, y más aún las remisiones. Se cita, sí, el caso de Donizetti, que en un período de remisión de su parálisis, por haber padecido malaria natural, compuso el *Don Sebastiano*; pero casos como éste eran tan raros, que no llegaron a preocupar a los médicos de aquel entonces, y nosotros tenemos que hacer grandes reservas acerca de ellos, pues no teniendo otros medios diagnósticos que los puramente clínicos, cabe que se cometieran errores de bulto.

Mas, hoy día, el problema médico-legal se ha complicado mucho. Por un lado, al demostrarse la existencia constante de un período de lesiones anatómicas y reacciones biológicas evidentes, sin manifestaciones clínicas ostensibles, se amplía en límites no sospechados la duración del período médico-legal inicial, y nos plantea los siguientes problemas: ¿qué debemos pensar de la responsabilidad y de la capacidad de juicio de los enfermos que, sin haber dado hasta entonces síntomas clínicos ostensibles, presentan, sin embargo, reacciones evidentes de parálisis general en su l. c. r., Wassermann

Prokliman "Ciba"

Sofocos
 Palpitaciones
 Agitación
 Insomnio
 Cefalalgias
 Estreñimiento
 Obesidad
 Menorragias

Asociación racional
 de hormona ovárica
 y sustancias sedan-
 tes, descongestivas y
 cardiotónicas, para
 el tratamiento de
 los trastornos de la

Menopausia

FRASCO DE 40 COMPRIMIDOS

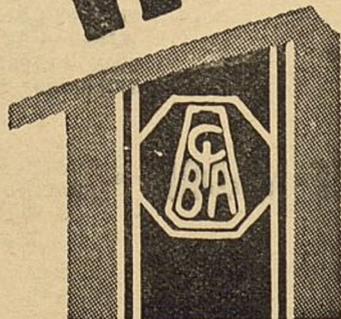
MUESTRAS Y LITERATURA:

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Barcelona
ragón, 285



Madrid
M. de Cubas, 5



ASOCIACION DE ESPASMOLITICOS

Esparmopaver

COMPRIMIDOS AMPOLLAS INYECTABLES

PAPAVERINA
ATROPINA
DIMETILAMIDO-FENAZONA
ACIDO FENILETIL - BARBITURICO
TEOBROMINA

EFECTO ESPASMOLITICO REFORZADO



POR ACTUAR
SOBRE LOS CENTROS NERVIOSOS
SOBRE LAS VIAS NERVIOSAS
SOBRE LA MUSCULATURA LISA DE LOS TEJIDOS

DOSIS PEQUEÑAS Y EFICACIA MAXIMA

INDICADO EN: COLICOS HEPATICOS Y RENALES, ESTREÑIMIENTO ESPASMODICO, TENESMO VESICAL E INTESTINAL, ANGINA DE PECHO, HIPERTENSION, ARTERIAL, JAQUECA, EPILEPSIA, DISMENORREA.



LABORATORIOS JUSTE • MADRID

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

positivo, curva tipo del Lange y ligero aumento de células?

¿Estamos autorizados para en este momento dar un diagnóstico rotundo de p. g. en actividad con todas sus consecuencias e imponer al enfermo el tratamiento sin tener en cuenta sus opiniones y ateniéndonos sólo a los deseos del familiar más afín? ¿Podemos pedir su incapacidad en aquel instante? ¿Cómo juzgar los hechos realizados en estas condiciones, sobre todo si pueden comprometer la economía y el porvenir del enfermo y de sus allegados?

Con ser estos problemas graves y arduos, la rareza de su planteamiento hace que se les conceda escasa importancia. Pocas veces tropezaremos con estos casos, y seguramente lo que más dudas legales podía provocar es la implantación forzosa del tratamiento, debido al riesgo que siempre trae consigo. En todos los demás asuntos el examen clínico y la relación entre actos realizados anteriormente por el enfermo y los que ahora realiza nos servirán de guía segura. Sobre todo, la continuidad o discontinuidad de su modo de ser, la concordancia o disconformidad entre lo que hacía antes y lo que hace ahora será nuestro mejor elemento de juicio. Un hecho, quizá intrascendente, pero que contradiga toda la vida psíquica anterior del enfermo, tendrá en estos casos un valor capital como indicador del estado mental.

En cuanto a conformidad o resistencia al tratamiento, quizá la resistencia pueda estimarse como manifestación morbosa. Lo que importa en estos casos, más que convencer al enfermo, es convencer a la familia; convencida ésta, el problema médico-legal se simplifica.

Mucho más arduos y complicados son los problemas de esta índole que plantea el tratamiento eficaz de esta dolencia.

Tras no pocos ensayos y muchas esperanzas seguidas de desengaños, los atisbos de tratar paráliticos provocando grandes hipertermias se vieron coronados por el éxito, y Wágnier Jauregg logró detenciones y remisiones muy completas mediante la paludización de estos enfermos. El tiempo, perfeccionando la técnica y permitiéndonos hacer diagnósticos más precoces, ha consolidado de tal modo este tratamiento, que hoy en día es lo que pudiéramos llamar tratamiento-tipo de la enfermedad, a tal punto, que los resultados obtenidos con los restantes métodos valoran su eficacia comparándose con los obtenidos con la malaria.

No vamos a describir técnicas ni a emitir juicios sobre su mecanismo de acción, ni a citar estadísticas que le sirvan de aval. Sólo insistiremos en los siguientes hechos, que reputo esenciales:

Con el tratamiento *no curamos* la enfermedad, nos limitamos a detener su evolución en lo posible. Todo cuanto estaba definitivamente destruído al iniciar el tra-

tamiento, destruído queda. De ahí la necesidad imperiosa de iniciarlo cuanto antes.

En la parálisis general, al igual que en todas las enfermedades, dista mucho de haber un paralelismo perfecto, muchas veces ni siquiera aproximado, entre aparato del cuadro sintomático y lesiones irreversibles. Las características peculiares del enfermo, su modo de ser anterior a la enfermedad, la colaboración de otros factores exógenos o endógenos, conocidos o ignorados, modifican notablemente los cuadros clínicos. Muchas veces desde el primer momento se presentan reacciones tumultuosas que llaman la atención, nos indican la existencia de un trastorno mental y nos permiten hacer un diagnóstico precoz. Otras, la enfermedad evoluciona sordamente, fallan y se pierden cualidades psíquicas de un modo solapado; si el parálitico tiene una vida mental normalmente limitada, que no le obliga a poner en actividad constante más que mecanismos automáticos y no tropieza con problemas graves ni nuevos, cuando se evidencian los trastornos mentales es ya mucho lo que se ha perdido de un modo definitivo. Tampoco la malaria tiene una acción fija y constante sobre toda clase

de enfermos. Si tal ocurriera, siempre veríamos la detención del cuadro sintomático, cualquiera que fuera el momento en que la utilizáramos, y no es así; bastantes veces la parálisis continúa progresando, con otro ritmo tal vez, pero progresando. Ni son iguales en duración las remisiones y detenciones: unas veces duran años, otras sólo meses y, tras un breve descanso, renueva su marcha progresiva. El porqué de esto lo desconocemos por completo.

La malaria no mejora por igual todas las lesiones ni detiene uniformemente todas las manifestaciones del proceso destructivo. Su eficacia es mucho mayor sobre el sistema vegetativo. De ahí que el resultado más constante, el que pocas veces se nos niega, es la prolongación de la vida del enfermo y la mejoría de su estado general somático. Paráliticos con verdaderos estados de marasmo, ulcerados, desnutridos, en los que dudamos si paludizar o no, obtienen ventajas positivas respecto a duración de vida si logran vencer el mal paso de las reacciones térmicas. A poco de cesar éstas se inician mejorías sorprendentes del estado general, que concuerdan o no con las del estado mental.

Tras un período más largo, precedido muchas veces de reacciones delirantes, incluso violentas, se inicia la mejoría mental desapareciendo los síntomas accesorios, y queda tan sólo en los casos favorables el síndrome axial o fundamental: la demencia, el déficit persistente e irremediable que nunca podremos modificar. De la cuantía de éste depende el éxito real del tratamiento.

Pero cualquiera que sea el resultado que se obtenga, por alentador que éste sea, por mucho que perdure, siempre tenemos que contar con un hecho indiscutible:

Avance de sumario para el número siguiente

(21 de septiembre de 1935)

DRES. A. DEL RÍO, C. LINARES y L. LÓPEZ: Gigantismo en aparato digestivo.

DR. DE LA FUENTE GÓMEZ: Pronósticos en general de la tuberculosis pulmonar.

DR. ENRIQUE PUYUELO: Alcoholismo y criminalidad.

DR. ALBIÑANA: La ruta de Esculapio. XIII.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

con que la malarización o el tratamiento que hayamos utilizado, nunca va a darnos una *restitutio ad integrum*, porque el tejido nervioso es incapaz de regenerarse y, que, por lo tanto, siempre estaremos ante un enfermo curado con defecto, defecto mayor o menor, según el momento en que hayamos intervenido, pero siempre constante.

Otro hecho, derivado de lo mismo, es que el valor de las reacciones anormales del líquido cefalorraquídeo podrá orientarnos en cuanto a la eficacia del tratamiento, deberá tenerse en cuenta para juzgar de las posibilidades y probabilidades de una recaída, pero no sirve para informarnos, ni aun para orientarnos, acerca de la cuantía del déficit mental.

Desde que las reacciones febriles cesan se inicia una mejoría y un saneamiento del líquido, cuya primera manifestación suele ser la reducción del número de linfocitos, siendo las reacciones patológicas más rebeldes el Wassermann y el Lange. Este saneamiento del líquido sigue con ritmo variable: la primera mejoría, es decir, la consecutiva al tratamiento, se sigue de un período casi de estacionamiento, y aun de retroceso, que dura unos meses, de seis a ocho, término medio, tras el cual se intensifica el saneamiento, que al año empieza a ser ostensible. A los dos o tres, aproximadamente, es muy manifiesto, y a veces ha llegado a su máximo; pero otras se acentúa hasta los cinco o siete años, en que prácticamente puede darse por terminado. Si en esta fecha el saneamiento es perfecto pueden abrigarse fundadas esperanzas de que la ganancia obtenida persistirá, y los temores de recaída son muy ligeros. Si, por el contrario, a los dos o tres años el líquido continúa acusando reacciones patológicas marcadas y la mejoría se estaciona, el riesgo de la recaída persiste.

Pero ni el saneamiento parcial ni el total pueden servirnos de guía para juzgar el déficit mental existente en aquel momento, y tampoco nos sirven para nada los síntomas neurológicos cicatriciales, nos limitaremos a juzgar por los métodos de exploración psíquica y por el comportamiento del sujeto en el medio social.

Esto último parece desde luego lo más eficaz; mas hay que contar siempre con dos limitaciones:

1.^a Con que el comportamiento puede ser mejor o peor, en razón a las exigencias y dificultades que el medio ambiente presente al enfermo. Dos paralíticos curados con igual defecto se comportan mejor o peor, según lo que de ellos se exija en cada instante.

2.^a A igualdad de comportamiento, los fallos se percibirán con mayor o menor intensidad, conforme el medio ambiente sea más o menos sensible a ellos. En un ambiente de personas más bien groseras no se notan las groserías de los demás. Recuerdo a este propósito la indignación de la mujer de un guardia civil paralítico, y tratado con bastante éxito, ante la declaración de inutilidad para el Ejército. "Mi marido—decía—, no sólo está curado, sino mejor que antes de enfermar; entonces tenía mal genio y me gritaba mucho, y ahora es más dócil, y no sólo no me grita, sino que me ayuda a pequeños quehaceres de la casa." Para aquella mujer, el embotamiento de sus rasgos de carácter y la docilidad por demencia eran un signo de perfección.

Aun sin llegar a estas exageraciones, esta segunda limitación debe tenerse siempre muy presente, sobre

todo teniendo en cuenta que una de las primeras manifestaciones del déficit mental de los paralíticos es lo que pudiéramos llamar su despersonalización, es decir, la pérdida de sus rasgos de carácter más acentuados y propios; el enfermo queda más vulgar, más término medio, y esto, en algunos ambientes, más bien se estima por mérito que por defecto.

Aun con estas limitaciones, quizá sea este el medio más seguro con que contamos para poder juzgar el déficit mental de un paralítico curado o muy remitido. Todos los métodos de exploración psíquica son muy defectuosos, y dan resultados contradictorios y aun desconcertantes, con lo que el comportamiento del sujeto pone en evidencia.

Muchos autores se han preocupado por este hecho, que ha servido para poner de nuevo a discusión lo que se debe entender por demencia, y posteriormente se revisa el mismo tema en lo que concierne a otras demencias orgánicas, y muy especialmente a la postraumática. Entre la aparición de síntomas de déficit real, que se traduce de un modo ostensible en la vida práctica tan pronto como se coloca al sujeto frente a situaciones nuevas o que parecen serlo, ante la necesidad de tomar decisiones rápidas y urgentes y ante graves responsabilidades, y la presencia de lo que comúnmente se acepta como demencia hay un gran espacio.

Por otra parte, los paralíticos remitidos con déficit mayor o menor no se parecen demasiado a los paralíticos incipientes. La remisión de los síntomas accesorios, que son los primeros en ceder, nos enfrenta con cuadros de déficit puro que ahora vamos conociendo en su integridad, pues antes se enmascaraban por los síntomas marginales, y, por otro lado, el paralítico curado no tiene esa obnubilación de la conciencia que tiene el paralítico incipiente, y por ello enjuicia las cosas de otro modo, que tampoco es el normal, pero que no es el del período inicial de la parálisis.

El paralítico ha perdido algo o bastante de su iniciativa y tiene una mezcla de necesidad de auxilio y apoyo, por una parte, como si percibiera la inseguridad del terreno que pisa, y una defectuosa concepción del mundo exterior por no precisar bien en cada asunto qué es lo principal y qué es lo accesorio, ni poder concentrar en un momento dado todos los datos en pro o en contra para decidir sobre las posibilidades o dificultades de una determinada solución. Estas dos últimas cosas dan a los de fuera la sensación de que el enfermo tiene una gran confianza en sí, cosa errónea; si emprende un asunto, al parecer, arduo, no es porque confíe en sus fuerzas para vencerlo, sino porque no se da cuenta de sus dificultades. Esto, junto con esa necesidad de auxilio de que antes hemos hablado, ha hecho que algunos psiquiatras comparen este modo de ser de los paralíticos remitidos con el de los niños, y hablen de su infantilismo.

Claro está que todo esto es más o menos ostensible, según el instante en que hayamos iniciado el tratamiento, y existen todas las gradaciones posibles entre los enfermos afortunados, cuyas primeras lesiones desencadenaron un cuadro psicótico aparatoso por haber servido de estímulo a la exteriorización de una cosa endógena latente o de cualquier otra noxa desconocida, y los tratados tardíamente y, por ello, curados con defecto grave, que al menos perspicaz no le pasa desapercibido.

Ahora bien: ¿cómo hemos de juzgar la responsabilidad criminal, la capacidad civil y la aptitud para el ejercicio de las diversas profesiones de estos enfermos?

* * *

Responsabilidad criminal.—Los actos criminales cometidos por los paráliticos generales antes de ser tratados no son, de ordinario, ni numerosos ni graves. No tienen tampoco marcada predilección por ninguna clase de delitos, y pueden verse acusados de todos ellos. Sin embargo, los más frecuentes son los de hurtos, desobediencia, resistencia a la autoridad, los sexuales de exhibicionismo y atentados al pudor y los de lesiones. Nunca se les ve cometer crímenes meditados que requieran para su ejecución trazar planes previos o tomar demasiadas precauciones. Son actos simples, bruscos, no planeados, y en los que se pone siempre en evidencia su pobreza de iniciativa, su debilidad de juicio, lo mezquino de sus sentimientos éticos y estéticos, los fallos de la memoria, el deseo de satisfacer de un modo inmediato y de cualquier manera que sea sus instintos y sus deseos, y un aparente cinismo cuando se encuentran ante los acusadores, cinismo que se debe a la falta de conciencia de la falta cometida.

Son bastantes los autores que insisten en la rareza de la parálisis general en los psicópatas graves y en los amoraes, lo que restringe también en buen grado las posibilidades de delinquir y las de cometer crímenes o delitos refinados por su planteamiento y preparación.

Estos delitos acostumbra a ser más frecuentes en los periodos en que los fallos psíquicos son lo bastante llamativos para que el médico general y el juez se den cuenta de la anormalidad mental del delincuente y busquen el dictamen del especialista. Sin llegar al caso, repetido en todos los manuales de psiquiatría, del parálitico que buscó al policía para que le ayudara a llevarse una pipa de vino robada, la forma de comportarse los paráliticos generales criminales es siempre llamativa por la irreflexión con que proceden, por las múltiples pruebas del delito que dejan tras sí y por el falso cinismo con que se presentan ante sus jueces.

Hacer el diagnóstico es sinónimo, en estos casos, de dar dictamen de irresponsabilidad y de precisión de internamiento, que debe aprovecharse para implantar el tratamiento adecuado. No hay duda alguna sobre este punto.

Otra cosa es en los delitos de paráliticos remitidos merced al tratamiento anterior. ¿Cuál debe ser nuestra conducta en estos casos?

Existen los dos bandos consabidos: los que sostienen la irresponsabilidad absoluta y total y los que opinan por la responsabilidad plena en determinadas condiciones. Alegan los primeros que nunca puede hablarse de curaciones totales de la parálisis, que ignoramos siempre cuál será el porvenir de aquel enfermo, que no sabemos si se encuentra amenazado o no de una próxima recaída y, por último, que en cuestiones de derecho tiene siempre valor el aforismo *in dubio, pro reo*. También alegan la extremada rareza de actos criminales cometidos por paráliticos remitidos, a tal punto, que apenas si en la práctica se tropieza con ellos.

Están en el otro bando los optimistas que creen en las curaciones clínicas totales, en la posibilidad de la vuelta de los paráliticos generales a la vida ordinaria con

todas sus consecuencias y, por lo tanto, con la responsabilidad total para todos sus actos, sin exclusión alguna. "No puede ponerse—dicen—en manos de nadie un salvoconducto de irresponsabilidad criminal por las gravísimas consecuencias que esto puede traer consigo, y además les repugna que individuos a los que muchos consideran capaces para orientar y dirigir su vida civil, en absoluto se vean amparados por la irresponsabilidad criminal.

Aunque en estos trabajos soy enemigo de la exhibición de nombres propios y de bibliografías, para que los lectores que precisen emitir algún informe puedan respaldarlo con unas cuantas autoridades, cualquiera que sea su criterio, diré que al primer grupo pertenecen psiquiatras de la categoría de Bostroem, Gorla, Kihn, C. Schneider y K. Schneider, y en el segundo tropezamos con nombres de tanto prestigio como los de Alexander, Nyssen, Beringer, Gross y Straüssler, Salinger, Rojas, Schütz, Claude, Leroy, Wimmer y Pilez.

Sostiene este último autor que debe exigirse siempre, con tal de que la remisión clínica sea lo más perfecta posible, tenga dos o tres años de duración como mínimo y se acompañe de saneamiento del líquido. Esto último se pide, no como garantía de que la remisión sea mayor o menor, sino como prueba de que la evolución anatomopatológica del proceso se ha detenido definitivamente. De la bondad de la remisión hablan sólo los síntomas clínicos. La persistencia de los neurológicos (oculares, arreflexia tendinosa, etc.) no quiere decir nada en contra.

De todos modos, debe tenerse en cuenta el carácter del delito y la personalidad premorbose del parálitico. "Cuanto más refinado y mejor urdido esté el delito, más nos inclinaremos a la responsabilidad—dice Pilcz—, y cuanto más se asemeje en su génesis y forma de ejecución a otros actos, delictivos o no, llevados a cabo por el enfermo antes de devenir parálitico, más ciegameamente debemos declararlo responsable."

Me parece muy juicioso el punto de vista sostenido por este autor, aunque insisto en que estos problemas se le plantearán raras veces al médico, pues la criminalidad de los paráliticos remitidos con escaso o nulo defecto es mínima, tanto por lo que dijimos anteriormente de su personalidad premorbose—rareza de la parálisis en psicópatas asociales y anormales—como por la escasez y falta de iniciativa y por la hipotimia, que siempre quedan como síntomas residuales aun en los casos mejores.

Hemos de tener además en cuenta que la declaración de irresponsabilidad en estas circunstancias debe traer aparejado el internamiento perpetuo, y sostener éste en paráliticos bien remitidos y que van a durar mucho tiempo es cosa muy difícil. No hay que hacerse ilusiones: la realidad es que incluso el mismo perito que en el acto del juicio aboga por la declaración de irresponsabilidad, si es director del manicomio en que recluye al enfermo, a los pocos meses informa por la concesión de la salida.

Casos análogos a estos se ven a diario, cuando se trata de internamiento manicomial de psicópatas difíciles que fueron declarados irresponsables por ser psicópatas, y que los directores de los manicomios que tienen que soportarlos no saben cómo quitárselos de encima, por representar una verdadera cruz dentro del es-

tablecimiento, y acaban por solicitar su salida, fundándose incluso en la curación de la psicopatía por la reeducación (1). Con lo que resulta que, en la práctica, a pesar de todos nuestros buenos propósitos, acabamos por dar carta blanca de irresponsabilidad a quien no queríamos dársela.

En cambio, K. Schneider, Bostroem y sus partidarios sostienen que la responsabilidad sólo debe concederse en los casos de errores diagnósticos, es decir, cuando se diagnosticó como paralítico a un enfermo de sífilis cerebral que luego curó. Bostroem sólo concedería la responsabilidad criminal a los que él llama completamente curados, o sea a los que la casualidad permitió diagnosticar la parálisis general en un período en el que todavía no se habían presentado síntomas clínicos de la enfermedad. Como estos casos son rarísimos, la responsabilidad no se exigiría prácticamente nunca. Todos los demás enfermos, es decir, todos los tratados, cuando ya aparecieron síntomas clínicos, por leves que éstos sean, son curados con defecto, *nunca curados totalmente*.

* * *

Capacidad civil.—Aquí cambian ya las actitudes y opiniones de los autores. Si para lo criminal basta con la ligera sospecha para que la mayoría o la totalidad se pronuncien por la exculpación del pretendido enfermo, para lo civil se exige la certeza absoluta, y peritos y jueces están acordes en apurar todos los medios diagnósticos y pedir una demostración plena y convincente del trastorno mental antes de incapacitar. Es un residuo del feroz individualismo del siglo pasado, que cifraba sus aspiraciones en la defensa máxima del individuo y el menosprecio absoluto de la colectividad. Para defender al individuo basta la presunción: si es en asunto criminal, la de que pueda ser enfermo mental; si es en asunto civil, la de que pueda no serlo. Para defender, no a la sociedad, ni siquiera a la familia, se exige la prueba plena e irrefutable: si se trata de asunto criminal, de que el autor estaba sano; si de civil, de que está enfermo.

Desde que se inician los primeros síntomas clínicos, y antes de tratarse, todo paralítico debe ser incapacitado. La serie de negocios ruinosos y de actos civiles absurdos que estos enfermos llevan a cabo es bien conocida y valorada, no sólo por los psiquiatras, sino por los médicos generales y aun por las personas de mediana cultura, para que no quepa duda alguna.

Las disensiones comienzan cuando se trata de incapacitar a paralíticos que no presentaron aún síntomas clínicos, pero sí reacciones serológicas bien manifiestas, y que aún no se han puesto en cura. Si el enfermo o su familia son lo suficientemente cautos para ponerse en seguida en tratamiento, apenas hay caso. Pero ¿y si el enfermo rehúsa una cura y la familia no quiere contrariarle? ¿Se le deja vivir libre hasta que cometa el primer desaguisado aparatoso? Lo mismo ocurre al querer precisar si un acto realizado con antelación a la fecha en que se hizo el diagnóstico clínico debe ser estimado como válido o puede impugnarse, por estimar que en aquella fecha el que lo llevó a cabo se encontraba ya enfermo.

Desde luego, hay que advertir, con Bostroem, que el

(1) He tenido ocasión de informar en un caso de éstos.

número de diagnosticados antes de presentar síntomas clínicos evidentes es muy escaso, casi nulo, aun incluyendo en este grupo, como él hace, aquellos sujetos con personalidad psicótica morbosa lo bastante intensa para que las primeras lesiones, mudas en la inmensa mayoría de los casos, desencadenen en ellos psicosis endógenas, de forma maníacodepresiva preferentemente.

Si el médico contara con una anamnesis impecable, su labor sería relativamente sencilla. Los caracteres del hecho discutido, las apreciaciones serenas y veraces de los que convivían con el paciente y la coincidencia o discordancia de lo hecho con lo que el enfermo era y con su proceder en la época de normalidad absoluta, dan elementos de juicio muy suficientes para emitir dictamen acertado en casi todas las ocasiones. Pero esto, que quizá se consiga cuando se trata de hechos criminales, no se logra nunca en asuntos civiles, en los que, por haber intereses encontrados y personas beneficiadas con los desaguisados del enfermo, le llegan al médico datos contradictorios y antagónicos, a través de los que es difícil orientarse.

Por si esto fuera poco, las indulgencias y tolerancias de los especialistas llegan a tanto, que el mismo Wágner-Jauregg afirma haber autorizado a paralíticos no tratados para que contrajeran matrimonios, a fin de legalizar estados anormales—cosa todavía disculpable—, y para que pudieran testar, cosa ya muy aventurada. Al comentar K. Schneider estas manifestaciones no las pone reparos. Y esto tratándose de enfermos con trastornos mentales iniciales, mucho más peligrosos que los residuales de los tratados con éxito y déficit mental equivalente, ya que al comienzo de la enfermedad hay una obnubilación de la conciencia que no se encuentra ulteriormente.

Que los tratados y muy remitidos sean estimados como capaces para manejar sus negocios y recobrar su capacidad civil lo aceptan casi todos los psiquiatras. Son escasos los que opinan que para las actividades del derecho civil son precisas capacidades psíquicas más finas y elevadas que las que se ponen en juego para no caer en las mallas del Código penal, a pesar de que esto último está más en armonía con lo que en todos los países se reconoce: que la capacidad civil se alcanza mucho más tarde de la edad en que se exige responsabilidad criminal.

No sólo son legión los psiquiatras que declaran siempre irresponsables a los paralíticos tratados y remitidos cuando cometen un delito, y en cambio les conceden la plena capacidad civil, sino que también vemos que casi todos ellos exigen menos requisitos para esto último. Los que exigen dos años de remisión sostenida para fallar por la responsabilidad criminal piden sólo uno para devolver la capacidad civil, y claro está que con un año de remisión no hay que pensar en ver saneamientos totales del líquido: bastante será que apreciemos tendencia a que tal ocurra. Sólo los psiquiatras franceses insisten mucho en la sugestibilidad enorme de estos remitidos, que les lleva con facilidad a ser víctimas de los que les rodean.

Y, sin embargo, lo que se exige del perito psiquiatra en los informes medicolegales para devolver la capacidad civil es mucho más serio—técnicamente hablando—que lo que piden los jueces en los peritajes criminales. En estos últimos nos piden dictamen sobre

el estado mental de un individuo, en un momento concreto y ya pasado, respecto de la comisión de un acto cuyos detalles conocemos. Nuestros informes civiles son algo más son juicios acerca del estado mental global

El ideal, dice Alexander Pilcz, sería una cosa así como conceder capacidad vigilada que durara de seis a doce meses, y sólo después de este período conceder, si se debía, la capacidad completa.



ivil es
ción. A
existe
nto al
o para
perfec-
curado
argará

escul-
el pú-
en, sin

siem-
ros, y
riesgo

autori-
en las
, pero
nte, y
bilida-
e otro
cisión

tren,
os, un
ar en
mpre,
alida-
parali-
udoso
er un
n en-
plei-

do es-
te de
diag-
línico
con-
ho de
A mi
vaban
dente,
com-

mien-
orcio
r que
ntraer
exual
edad.
erpos,

Contra la gripe...



Ayuntamiento de Madrid

tablecimiento, y acaban por solicitar su salida, fundándose incluso en la curación de la psicopatía por la re-educación (1). Con lo que resulta que, en la práctica, a pesar de todos nuestros buenos propósitos, acabamos

número de diagnosticados antes de presentar síntomas clínicos evidentes es muy escaso, casi nulo, aun incluyendo en este grupo, como él hace, aquellos sujetos con personalidad psicótica morbosa lo bastante intensa para

por d
quería

En
sostien
en los
diagno
rebral
ponsal
curado
ticar l
vía no
ferme
bilidad
demás
ya ap
sean,
mente.

Cap
opinio
la lige
pronu
para l
jueces
nóstico
del tra
duo d
fraba
viduo
defend
asunto
si es e
fender
exige
to crin
que es

Des
y ante
do. La
surdos
cida y
los me
diana

Las
pacitar
clínico
y que
familia
seguid
enfern
riarle?
mer de
rer pre
cha en
mado
en aqu
enfern

Desc

(1)



Sarampión

INFECCIONES FEBRILES



Ayuntamiento de Madrid

JOE



el estado mental de un individuo, en un momento concreto y ya pasado, respecto de la comisión de un acto cuyos detalles conocemos. Nuestros informes civiles son algo más, son juicios acerca del estado mental global presente y del probable futuro. Es, pues, un juicio diagnóstico y pronóstico a largo plazo: no le decimos al juez que aquel individuo *puede hoy* contraer matrimonio o testar o comprar y vender, sino que garantizamos que *podrá hacerlo en lo futuro*, hasta que una equivocación o un yerro muy ostensible llame la atención. Y para hacer un juicio pronóstico de tal naturaleza creo menester algo más en prenda que un año de remisión clínica.

La situación de los médicos españoles es más delicada que la de los alemanes o austríacos, por ejemplo, y las opiniones de éstos no pueden servirnos de guía, pues aquí sólo existe la capacidad o la incapacidad total, no hay capacidades parciales y, por tanto, hay que meditar más lo que se hace. Nuestros elementos de juicio son limitados. No hay que contar con los síntomas neurológicos, que sólo sirven para diagnosticar no tratados, pero no para enjuiciar remitidos. Tampoco podemos fiar demasiado en los biológicos. El saneamiento del líquido es muy tardío, el momento en que se inicia no significa gran cosa para el pronóstico; interim subsiste el Wassermann y el Lange en el líquido cefalorraquídeo, no podemos contar con la persistencia a largo plazo de la mejoría, y el saneamiento total puede indicarnos que no hay que temer recidivas, pero no nos enseña nada de cantidad y calidad del déficit mental.

Sólo nos queda los exámenes clínicos: por defectuosos que sean los "tests", a ellos tenemos que recurrir, a condición de no valorar el informe por puntos, sino redactarlo mediante una buena y acertada interpretación de los resultados. Los principales escollos que hemos de salvar son: no confundir grado de actividad mental con cantidad de conocimientos residuales, y diferenciar las actividades mentales automáticas en un individuo de las que no lo son. Esto obliga a individualizar los informes y a prescindir de esquemas. La cultura y la actividad mental premoribosa tienen un valor extremo; la prueba de las sumas, por ejemplo, es de escaso valor en un contable, por ser en él actividad automática, y lo tiene muy grande en los que se dedican a otras actividades. También hemos de pensar que los enfermos, por lo mucho que en ello les va, van a poner durante el examen médico una atención muy superior a la que dedicarán de ordinario a los asuntos corrientes, y no digamos nada de los que, por haber sufrido ya dos o tres exámenes periciales, se saben de memoria la mayor parte de las pruebas.

Me parecen, en cambio, de escaso valor las reservas de C. Schneider respecto a las recaídas agudas de los paralíticos, provocadas por intensos estados afectivos, por abuso de bebidas alcohólicas o por las diversas causas que cambian bruscamente la presión del líquido cefalorraquídeo. El temor a estas recaídas problemáticas no debe contar para emitir estos informes.

Por último, el médico tendrá siempre presente el volumen y naturaleza del negocio del enfermo, siendo tanto más exigente cuanto mayor sea aquél, y no comportándose igual ante un pequeño labrador que ante un bolsista.

El ideal, dice Alexander Pilcz, sería una cosa así como conceder capacidad vigilada que durara de seis a doce meses, y sólo después de este período conceder, si se debía, la capacidad completa.

* * *

Todo cuanto hemos dicho de la capacidad civil es aplicable al problema de la VUELTA A LA PROFESIÓN. A la vuelta a oficios manuales, en los que apenas existe responsabilidad, no hay por qué poner impedimento alguno. La concurrencia actual es el mejor freno para evitar que trabaje quien no puede hacerlo a la perfección, y por mucho que digamos a un obrero curado con déficit que puede trabajar, el patrono se encargará de seleccionarlo debidamente.

Para profesiones artísticas: literatos, músicos, escultores, tampoco hay que pedir freno ni informes: el público se encargará de eliminar a los que no valen, sin peligro para nadie.

La vuelta a una oficina en puestos secundarios, siempre vigilados e intervenidos por jefes y compañeros, y con actividades mentales automáticas, no ofrece riesgo para nadie.

Las dificultades aparecen cuando se trata de autorizar la práctica de profesiones de responsabilidad, en las que el individuo actúa aislado o en colectividad, pero siempre con función propia y a veces independiente, y en las que tienen que afrontarse graves responsabilidades, se tiene bajo su mano la vida o el porvenir de otro individuo y hay que resolver con rapidez y precisión situaciones nuevas e inesperadas.

Un conductor de automóvil, un maquinista de tren, un aviador, un obrero de una fábrica de explosivos, un médico ante un parto o una operación, un militar en cualquier servicio, un guardia civil, un juez y, siempre, un director o un jefe de un negocio, necesitan cualidades psíquicas que no debemos pedir nunca a un paralítico remitido, por muy curado que parezca. Muy dudoso es también el que un paralítico remitido pueda ser un buen maestro, y no deseo a nadie el consejo de un enfermo de esta clase para decidirse a incoar o no un pleito y para plantearlo.

Se me dirá que hay paralíticos remitidos ocupando estos puestos sin que les haya ocurrido nada. Aparte de la posibilidad, cuando no se agotan todos los medios diagnósticos y se conforma el médico con el cuadro clínico y el Wassermann del líquido cefalorraquídeo, de confundir una lúes cerebral con una parálisis, el hecho de que se den casos de esta naturaleza significa poco. A mi consulta han acudido choferes epilépticos que llevaban varios años conduciendo sin sufrir un sólo accidente, y a nadie se le ocurre pensar que la epilepsia sea compatible con la conducción de automóviles.

* * *

Divorcio.—Entre nosotros es reciente el planteamiento del problema. Hasta el año 32 no existía el divorcio civil, y eclesiásticamente era necesario demostrar que la sífilis causante era posterior al momento de contraer matrimonio, que se había adquirido por tráfico sexual ilícito y que era la única responsable de la enfermedad. Probado todo ello se concedía la separación de cuerpos, pero no la nulidad del matrimonio.

Tampoco en los países en que existía se planteó este

problema hasta después de introducirse la paludización. En casi todas las naciones se exigía para el divorcio por causa de enfermedad mental de uno de los cónyuges que ésta tuviera, como mínimo, tres años de duración, y los paralíticos se diagnosticaban lo bastante tarde y se morían lo bastante pronto para no rebasar esas fechas.

Hoy, que se diagnostican antes, que duran más y que son capaces de mejorarse, los divorcios pueden solicitarse y aparece la necesidad del informe médico. Nuestra ley dice: "Causas de divorcio. Artículo 3.º, apartado 13. La enajenación mental de uno de los cónyuges cuando impida su convivencia espiritual en términos gravemente perjudiciales para la familia y que excluya toda presunción racional de que aquélla pueda restablecerse definitivamente. No podrá decretarse el divorcio en virtud de esta causa si no queda asegurada la asistencia del enfermo."

El apartado 9 del mismo artículo, que habla de enfermedad contagiosa grave de carácter venéreo contraído por adulterio o antes del matrimonio y *culposamente ocultada*, es muy difícil de aplicar a los paralíticos generales, que en este período pueden considerarse prácticamente como no contagiosos y en los que, además, es difícil probar fecha y forma de contagio, y más aún ocultación culposa al contraer matrimonio.

Sólo queda, por lo tanto, el apartado 13 que, desde luego, impide lógicamente la concesión del divorcio antes de apurar las posibilidades de detención y mejoría de la dolencia por el tratamiento.

¿Y después? Desde luego, sólo hay que atender al resultado clínico. El no saneamiento del líquido podrá servirnos como razón que refuerce un informe de no poderse esperar mejoría cuando se solicite el divorcio de un mal remitido, y el saneamiento, razón que refuerce la no concesión cuando la remisión clínica nos parezca suficiente, pero nada más.

Hemos de atenernos en nuestros informes a la impresión personal subjetiva, porque la convivencia espiritual no se mide por "tests" de ninguna clase: es una cuestión de sentimientos éticos y estéticos que no tiene valores absolutos, sino relativos. La convivencia espiritual de dos personas no es función de una sola, sino de las dos. La mayor finura y sensibilidad de una de ellas regula siempre la convivencia con la otra. Por lo tanto, el médico en su informe tendrá que tener en cuenta la mentalidad y la espiritualidad de los dos cónyuges. Sólo conociendo y valorando debidamente al sano se puede decir si el enfermo puede o no convivir espiritualmente con él.

Esto vale sólo para los casos de remisiones muy acentuadas. Para las medianas o las nulas, en las que el enfermo queda imposibilitado para ganarse el sustento o cumplir alguno de los deberes matrimoniales, no hay caso, porque el apartado 12 del mismo artículo ampara la concesión del divorcio solicitado.

Las normas de tiempo que puedan servirnos de guía para declarar si se excluye la posibilidad racional de cambio, en el sentido de la mejoría, pueden ser: para los casos en que la remisión es nula o defectuosa, de ocho a doce meses como máximo, después de terminado el tratamiento, y para los de remisión acentuada puede calcularse que, después de los doce a los dieciocho meses, no ha de perfeccionarse aquélla. Lo que para esas

fechas no se haya conseguido, no hay que esperarlo ya.

Los riegos de una recaída no pueden valorarse por el análisis del líquido cefalorraquídeo en esas fechas, por ser relativamente cortas. Caso de producirse, el médico puede informar, sin temor alguno, la imposibilidad racional de obtener la mejoría.

* * *

Por último, en la parálisis general se plantea en ocasiones al médico el problema de SI LA ENFERMEDAD HA PODIDO SER ACTIVADA O DESENCADENADA por un accidente traumático agudo o por fatigas y causas exógenas crónicas.

Hemos de reconocer que en este asunto no tenemos otro guía que el empirismo. Ignoramos cuáles son las causas por las que un escaso tanto por ciento de sifilíticos—aproximadamente el 4—padecen parálisis general y no la padecen el 96 por 100 restante.

No nos gusta resignarnos a ignorar, y en tanto que averiguamos las cosas, fantaseamos acerca de ellas con más o menos intuición e ingenio. Tan pronto apelamos a buscar causas concretas que colaboren con la sífilis, fijándonos en las más aparatosas o más en boga, y hablamos en términos vagos de alcoholismo, traumas, agobios, etc., como se hace una frase de más o menos ingenio y se dice sifilización y civilización.

Desde la última guerra no se cree en la influencia de causas exógenas que actúen a última hora, es decir, poco antes de aparecer el cuadro sintomático. Primero, porque sabemos que para esa fecha existen las lesiones ya bien constituidas y, por lo tanto, las causas exógenas, de actuar, lo han hecho hace tiempo, en un momento y en una forma ignorados por nosotros.

Segundo, porque la experiencia de la guerra ha demostrado que no aumentó el número de paralíticos en los combatientes ni en los heridos de cráneo sifilíticos y que tampoco se vieron en los combatientes parálisis más graves ni de curso más rápido que en la población civil ni en tiempo de paz. Estas observaciones se hicieron en todos los ejércitos, siendo unánimes las enseñanzas recogidas en los distintos países.

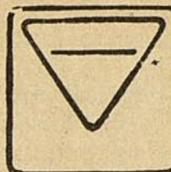
Por ello, todos los psiquiatras están conformes en negar la influencia deletérea de fatigas, preocupaciones, privaciones y traumatismos como agentes desencadenadores de una parálisis general ni como agravadores en su curso y evolución, una vez aparecida.

* * *

Hemos pasado revista a los principales problemas medicolegales que actualmente nos plantean los paralíticos generales, problemas muchas veces de difícil solución, como lo son todos los que se presentan en los curados con defecto y en los enfermos que tienen intervalos lúcidos, cuya duración no sabemos calcular. El no conocer la patogenia de la enfermedad, el mecanismo de la curación ni las causas que influyen en las recaídas, así como el distinto criterio para juzgar del valor real de las curaciones o remisiones obtenidas, nos explican las dudas y las contradicciones de los maestros de la psiquiatría al discurrir sobre esta materia.

Para los enfermos es un verdadero consuelo que hayan surgido estos problemas y estas dudas, pues representan la posibilidad de una esperanza, que ha venido a substituir a la horrible certeza de una condena irremediable.

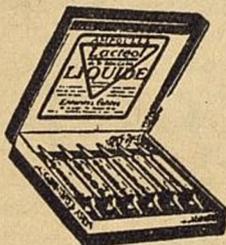
Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos

El Lactéol del Dr BOUCARD
(Comprimidos de bacilos lácticos) realiza una desinfección intestinal rápida Enteritis, Diarreas, Infección y autointoxicación intestinal

Modo de emplearlo:
9 a 12 comprimidos al día, desleídos en un poco de agua azucarada antes de las comidas.



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

El Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD (Ampollas de bacilos lácticos) se emplea para el tratamiento intensivo, Enteritis, Colitis y todos los trastornos de intoxicación y de infección intestinal.

Modo de usarlo:
2 a 4 ampollas por día, en un poco de agua azucarada

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona

GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa..... ½ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... centigr.
Atropina..... ½ miligr.
Atropina (sulfato)..... ½ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de Alcanfor..... centigr.
Brucina..... ½ miligr.
Cafeína..... miligr. centigr.
Cafeína (arseniato). miligr.
Calcio (sulfuro)..... centigr.
Calomelanos.... miligr. centigr.
Cicutina ((brohdto) ½ miligr.
Codeína..... miligr. centigr.
Digitalina amorfa... miligr.
Emetina..... miligr.
Esparteína (sulfato) centigr.

Estricnina (arseniato de).. ½ miligr.
Estricnina (hipofosfito de) ½ miligr.
Estricnina (sulfato de).... ½ miligr.
Estrofantina..... 1/10 miligr.
Evonimina..... miligr.
Hiero (arseniato de)..... miligr.
Helenina..... centigr.
Hidrargírico (bioduro)..... miligr.

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... 1/4 miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.
Picrotoxina..... ½ miligr.
Pilocarpina (nitrato de).... miligr.
Podofilino..... centigr.
Quasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cinato de).... miligr. centigr.
Quinina (bmhto. de Sulfato.
Quinina (vaeto. de) 2 centigr.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de) miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO

SEDLITZ

CH. CHANTEAUD

Laboratorios CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

Contra:
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaqueca
Congestiones.

Depósito en España: I. URIACH y C.º. Bruch, 49. BARCELONA



Taidotrofo
el mejor tónico de la
infancia

La Febrícula en los enfermos con estenosis del orificio auriculoventricular izquierdo

POR EL

Dr. VALDES LAMBEA

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital militar de Madrid y Profesor de Fimatología del Ejército

De entre los enfermos no fímicos que suelen acudir a los servicios antituberculosos y a la consulta de los especialistas en tuberculosis, resaltan, por su gran frecuencia y por las dificultades diagnósticas, ciertos tipos de cardiopatas valvulares, los enfermos con estenosis del orificio mitral, que vienen, desde hace mucho tiempo, mereciendo la atención de los clínicos, y que se han estudiado mucho en sus relaciones con la tuberculosis y especialmente por los problemas de diagnóstico que tales enfermos plantean. En un trabajo anterior (1), yo estudiaba ampliamente este asunto, y citaba a varios colegas españoles que se han ocupado del mismo. En otro trabajo (2) me ocupaba de una enferma con estenosis de la mitral, trombopénica y hemoptoica, que motivó un error de diagnóstico. En la nota de hoy voy a referirme concretamente a la febrícula de estos estenósicos mitrales, fijándome, principalmente, en la equivocación a que da lugar la errónea interpretación de esta fiebre. Hay, en el presente momento, cierta tendencia a abusar del diagnóstico de tuberculosis, especialmente, en mi opinión, por parte de los especialistas. Los más profundos y los más distinguidos, los clínicos más competentes de distintos países lo proclaman así, y citan datos y hechos demostrativos de que tienen razón. Ha habido en España un cambio y cierta evolución en este sentido. Nuestros enfermos se han instruido, se han educado: hoy, en general, no se avergüenzan de ser tuberculosos, ni creen, como hace años ocurría, que se trataba de una enfermedad necesariamente mortal. Hoy sospechan la tuberculosis y buscan quién se la diagnostique; pero la temen quizá demasiado y piensan mucho en ella. Por otra parte, ha surgido en muy poco tiempo una gran cantidad de especialistas obstinados en la busca de la tuberculosis y, a veces, demasiado dispuestos a ldiagnóstico. Es verdad que todavía éste es muy tardío y que, lamentablemente, en ciertos casos, el clínico se olvida de una enfermedad tan importante. Dice Hayek, refiriéndose a la clasificación de enfermos suyos, que millares de tuberculosos que pocos meses antes habían sido declarados aptos para el servicio en campaña por una comisión cualquiera, ingresaban a los pocos meses en el hospital como tísicos declarados, y agrega que tan crudo sería disculpar o negar este hecho como imputarlo a personas determinadas. No hace muchos años que ha escrito Sergent sobre el abuso del diagnóstico de tuberculosis y que ha hablado de la tisiófobia. "Por mi parte, todos los meses, en un servicio muy movido como es el que yo tengo en el Hospital Militar, desecho una gran cantidad de diagnósticos que han recaído en enfermos palú-

dicos, en melitocócicos, sencillamente en sujetos de razón asténico, débil, en cardiopatas, etc. Tratados como tuberculosos, haciendo cura libre y en los sanatorios, hay muchos enfermos que no lo son. Siempre en el momento del diagnóstico contrae el práctico una gran responsabilidad, especialmente cuando se trata de afirmar la existencia de una enfermedad que entraña un pronóstico grave, que exige un tratamiento largo y costoso, que incapacita a menudo al enfermo para la vida social y, en ocasiones, influye sobre el interesado en los casos favorables de curación, de tal manera, que cambia de personalidad y le convierte, para toda la vida, en un ser pusilánime, amanerado y rutinario; sobre muchos enfermos, el diagnóstico sigue pesando como un estigma. A este propósito cita Neumann datos interesantes. Dice, por ejemplo, que, según Böttner-Wobst, de 361 enfermos hospitalizados por tuberculosis, 201 no eran tuberculosos, y dice también que Zichgraf pudo desechar el diagnóstico de tuberculosis en el 14 por 100 de los sujetos hospitalizados. Habla también que, según los estudios necrópsicos de Meixner, una gran cantidad de individuos diagnosticados de tuberculosis pulmonar tenían los pulmones completamente limpios. Por último, refiriéndose a sus propias investigaciones necrópsicas, ha escrito Hart de esta manera: "No queremos ocultar nuestro escepticismo sobre el pretendido éxito indudable de la cura de reposo que se realiza en la gran mayoría de los sanatorios, pues hemos recopilado material suficiente para poder afirmar que apenas se pueden admitir tales curaciones reales de la tuberculosis pulmonar, y que los casos, al parecer realmente curados, eran los que ni siquiera tenían indicios de tuberculosis. ¡Lástima grande que los tisiólogos sepan tan poco de estas experiencias adquiridas en la mesa de autopsias, pues disminuiría rápidamente su optimismo excesivo!"

Pero no es mi propósito ocuparme extensamente del falso diagnóstico de tuberculosis pulmonar, del abuso de este diagnóstico, sino referirme, de un modo preciso, a ese tipo citado de estenosis mitral febricular, que tiene, a mi juicio, una gran importancia; todavía de un modo más concreto se refiere esta comunicación al tipo clínico también estudiado por los médicos de la antigüedad, Durouzier, Huchard, Rendu, etc., bajo el epígrafe de estenosis mitral congénita o enfermedad de Durcizier. Trátase, como es sabido, generalmente, de sujetos de pequeña estatura, leptosomáticos o fuertemente asténicos infantiles (el llamado nanismo mitral), a menudo con malformaciones de la osamenta torácica y de los dedos. Entran en materia estos sujetos a veces quejándose de trastornos vagos, de decaimiento, de falta de fuerzas, de poco apetito, de síntomas gástricos o nos hablan de disnea, de esfuerzo, de sofocación, de palpitaciones o de hemoptisis. El tipo tiene un marcado sabor fímico, estos enfermos parecen tuberculosos, están demacrados, tienen mal color y, casi siempre, la manera de entrar en materia ya nos hace pensar en la tuberculosis. Por otra parte, otros autores, y yo mismo, hemos insistido mucho sobre este hecho, encontrando, sobre todo, estos enfermos en las familias de sifilíticos o en otras de abolengo tuberculoso. A menudo, estos estenósicos mitrales tienen febrícula. El síntoma es, en ocasiones, tan revelante, que algunos enfermos míos entran en materia no hablando del citado síntoma de

(1) «Estenosis mitral y tuberculosis». (Problemas etiológicos y problemas clínicos.) «La Medicina Ibero», 11 de agosto 1934.

(2) «Una enferma de estenosis mitral, trombopénica, intensamente hemoptoica». Comunicación a la Sociedad Española de Tisiología.

estado general, ni de palpitaciones, ni de hemoptisis, sino diciéndonos que tienen décimas. Otras veces, el clínico, que no ha explorado el corazón y que se ha ofuscado con la idea de la tuberculosis, invita al enfermo a observarse la temperatura, y nos presenta, a los pocos días, una lista donde encontramos, efectivamente, febrícula más o menos ostensible. Como sucede, por otra parte, con la fiebre y febrícula de distintas causas, también aquí podemos enterarnos de que la menstruación altera la gráfica de estos enfermos. Si tenemos en cuenta el hecho, tantas veces repetido, de que se da a veces en la práctica la llamada estenosis mitral muda, y si pensamos que en esta cardiopatía los signos estoscópicos se reducen a veces a su más mínima expresión, siendo rudimentarios, inconstantes y variables, se comprende la facilidad con que se cometen errores de diagnóstico, más todavía cuando existe fiebre.

La producción del síntoma se encuentra en estos enfermos facilitada, porque se trata generalmente de individuos con nervosismo constitucional, distónicos neurovegetativos de intensas reacciones simpáticas con labilidad de los centros térmicos. En unos casos, la fiebre es simplemente un síntoma de un proceso endocárdico, lentamente evolutivo. Algunas veces, en efecto, los enfermos de sepsis lenta por el mittior, no parecen enfermos infecciosos, sino simplemente cardiopatas. Otras veces se trata de una endocarditis valvular activa, por decirlo así, viva, de causa microbiana no demostrable; pero en otras ocasiones, los brotes febriles son de otro tipo y deben interpretarse, según yo pienso, reflexionando, sobre algunos casos de mi experiencia, como una verdadera fiebre aséptica, análoga a la que se estudia en otros casos de reabsorción de extravasaciones sanguíneas. Es sencillamente el síndrome febricular que presentan prácticamente todos los hemoptoicos, en mayor o menor grado. En efecto, de entre todas las cardiopatías valvulares resalta la estenosis mitral, por la frecuencia del síntoma hemoptisis. Unas veces la hemorragia se patentiza, por decirlo así, y el enfermo expectora sangre; pero se trata, en otros casos, de pequeñas hemorragias sin hemoptisis propiamente dicha. En el primer caso, la patogenia de la febrícula puede verse con claridad, pero no en el segundo. Hecho el diagnóstico de estenosis mitral, puede pensarse en una complicación de naturaleza infecciosa, y si el médico no ha fijado su atención en el corazón o no ha acertado a diagnosticar la valvulitis, puede suceder, lo repito, que el síntoma fiebre intervenga en el error diagnóstico de tuberculosis de los pulmones.

Termino esta comunicación con las conclusiones siguientes:

- 1.ª Abunda en clínica un tipo de estenótico mitral que, por su aspecto y por otras características, a menudo se diagnostica de tuberculoso.
- 2.ª El tipo no infrecuente de estenótico mitral febricular se presta más todavía a este error diagnóstico.
- 3.ª La febrícula que presentan los estenóticos mitrales, como la febrícula de otros cardiopatas, puede obedecer a distintos mecanismos patogénicos. Unas veces se trata de sepsis lenta febricular, con metástasis endocárdicas; en otros casos, como en el que sirve de motivo a esta nota, es debida la fiebre simplemente a la hemorragia: fiebre aséptica, como la que se presenta durante la reabsorción de otros extravasados sanguíneos.

Algunos caracteres generales de las afecciones cutáneas de trabajo

POR EL

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA

De las Clínicas de los Dres. Covisa y Bejarano. Médico de Accidentes del Trabajo. Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

El número y las especiales características de las enfermedades cutáneas profesionales dificultan en gran manera el propósito de sintetizar en un cuadro de conjunto las cualidades presentadas por ellas. Sin embargo, al emprender la tarea de redactar estas líneas, comprendimos que su posible utilidad quedaría aún más reducida en el caso en que únicamente, y de un modo aislado, describiéramos una por una las diversas reacciones cutáneas producidas por el desempeño del trabajo. Al médico general y al especialista incipientes son más útiles ideas generales, claras y concisas que minuciosas descripciones de entidades morbosas determinadas.

De este modo, y sin pretender otra cosa que subrayar algunas características esenciales de este grupo de enfermedades, vamos a redactar algunos conceptos básicos.

La mayoría de las dermatosis de trabajo se caracterizan por su especial localización en las partes descubiertas. Sobre la justificación de este hecho resultan obvias todas las palabras. La gran mayoría, por no decir la totalidad de ellas, dependen, más o menos directamente, del contacto inmediato entre el elemento nocivo y la superficie cutánea.

Si la acción vulnerante, cáustica, por ejemplo, actúa de un modo intenso y brusco, producirá rápidamente un eritema agudo, seguido de flictena y desprendimiento de una escara, lesión en un todo comparable a la de la quemadura vulgar. Pero si esta acción se debe a un irritante que actúa de una manera lenta y uniforme (mecanismo habitual de las dermatosis profesionales), se producirá una lesión inflamatoria difusa de tipo simple eritematoso o eczematoso. Algunos otros elementos de trabajo actúan influenciando de un modo patológico la actividad trófica de la piel, dando lugar a hipertrofias y tumores.

Las inoculaciones infecciosas y parasitarias manifiéstanse igualmente, por lo general, en las partes descubiertas, dando lugar a sus lesiones características.

A pesar de este polimorfismo lesional, levemente bosquejado más arriba, las reacciones eczematosas son el tipo de las lesiones profesionales que se observan con más frecuencia, hasta el punto que durante muchos años en Inglaterra las enfermedades cutáneas profesionales eran designadas con el nombre genérico de "eczematous ulceration of the skin". En una estadística de Oppenheim, reproducida recientemente por Barthelemy, las reacciones eczematosas profesionales representaban la tercera parte del total de dermatosis de trabajo, grupo cuya mitad estaba integrada por las quemaduras.

Es un hecho, que observamos a diario los dermatólogos y no sólo en las enfermedades cutáneas profesionales, el que los irritantes externos provocan sobre las regiones expuestas a su influencia una reacción roja y edematosa, acompañada de prurito más o menos acentuado. La tensión y el enrojecimiento va aumentando progresivamente hasta que sobre esta superficie hacen

su aparición unas pequeñas vesículas. Rotas éstas, la serosidad contenida en su interior brota en abundancia, dando lugar a una fase exudativa muy manifiesta. A esta exudación, como es ley, sigue la formación de costras por desecación del líquido seroso segregado. La acción repetida del rascamiento y la intervención de los gérmenes de la supuración complican con extraordinaria frecuencia el cuadro, dando lugar, respectivamente, a liquenificaciones rebeldes o impetiginizaciones secundarias.

Rara vez el eczema acantona de modo definitivo en el punto inicial. De ordinario, la reacción se extiende desde las manos al antebrazo, cara, región genital, etc., lugares que no han tenido contacto directo, la mayoría de las veces, con el agente causal.

Barthelemy dice a este propósito las siguientes palabras que, mejor que ningunas otras, describen esta cuestión: "Eczema generalizado y no reacción circunscrita y temporal. Revolución activa de todo un tejido sensibilizado y no protesta local de un restringido grupo de células traumatizadas groseramente. Esta es el tipo de la dermatitis profesional que vemos a diario."

La explicación de esta tendencia a la generalización de gran número de dermatosis profesionales, ocupando porciones del tegumento que no han tenido contacto con el agente causal, puede explicarse en muchos casos, así como la marcada predisposición que presentan determinados individuos para afectarse de este modo por los mecanismos de la alergia y de la idiosincrasia.

La presencia de una lesión cutánea inicial en las partes habitualmente cubiertas por las ropas no excluye en absoluto que su origen pueda ser debido a la profesión que ejerza el individuo. La substancia nociva, sea la que fuere, puede adherirse a las ropas y atravesarlas, poniéndose de este modo en contacto con la superficie cutánea y produciendo sobre ella su acción morbosa. La facilidad para atravesar los tegumentos se acrece considerablemente cuando se trata de substancias gaseosas o volátiles.

Sin embargo, insistimos en que lo más común es que las dermatosis profesionales se produzcan sobre las partes descubiertas de la piel, y muy especialmente sobre el dorso de las manos, por su más directo contacto con la substancia irritante. No es raro, ni mucho menos, que la dermatosis se extienda, por idénticos motivos, en una porción mayor o menor del antebrazo en su cara de extensión.

Existen profesiones, sin embargo, en las que la acción del agente vulnerante se produce sobre el pie y la pierna, y en este lugar se produce habitualmente la reacción cutánea morbosa. Se trata de profesiones que se ejercen con el pie y la pierna desnudos.

Igualmente el agente morboso puede ser transportado por las manos sucias a otros lugares, produciendo en ellos, como es consiguiente, su reacción patológica. Este es el mecanismo de producción de muchas dermatosis profesionales de localización en la cara, región genital, etc.

Las dermatitis profesionales localizadas fuera de las partes de inmediato contacto con el agente irritante pueden ser producidas también por absorción de la substancia nociva por el organismo, y la manifestación cutánea en estos casos particulares ser consecuencia de la intoxicación general. Estas erupciones, generalizadas habitualmente desde un principio, son análogas en un

todo a las producidas por las intoxicaciones medicamentosas.

En último término, y como una consideración que se deduce de lo que hemos dicho, hemos de recordar que la capacidad y características individuales marcan siempre con un sello personalísimo las enfermedades cutáneas en cada individuo, aunque a veces sea muy diferente la causa determinante. Pretender ahondar en el análisis de esta cuestión nos alejaría extraordinariamente del fin elemental que nos hemos propuesto, llevándonos de la mano a consideraciones de índole puramente doctrinal, por completo inadecuadas, del momento.

LA RUTA DE ESCULAPIO

(Crónica de un viaje médico-histórico por los Museos de Europa)

POR EL

Doctor ALBIÑANA Y SANZ

Graduado en las Facultades de Medicina, Derecho, Filosofía y Letras

XII

LOS DOCTORES DE ANTAÑO

Paseando por estas amplias galerías de la venerable Sorbona, con sus muros adornados de magníficas pinturas alusivas a las Ciencias y las Artes, y en los que se perpetúan insignes figuras y nombres del Renacimiento, experimentase una sensación de grandeza análoga, aunque inferior, a la que se nota al pisar el patio de nuestra gloriosa Universidad salmantina.

He dicho inferior, y esta inferioridad no se refiere al prestigio científico, que fué muy elevado en ambas inmortales escuelas, sino a detalles de estética y de evocación histórica. Los claustros salmantinos, húmedos y silenciosos; los estudios, las huellas todas, conservadas como reliquias veneradas de la sabiduría pretérita, causan indudablemente más emoción que estos pasillos de la Sorbona, restaurados recientemente con todo el *comfort* de los tiempos actuales. En Salamanca, sin esfuerzo alguno, siéntese el espíritu trasladado a la época de Fray Luis de León; en la Sorbona hay que esforzarse un poco en sacudir el ambiente moderno para trasladarse a los momentos de su clásico esplendor. ¡Oh, aquellas fiestas deslumbrantes que acompañaban a la alta investidura doctoral!

Cuantos rendimos culto a los tradicionales prestigios universitarios no podemos menos de recoger con nostalgia el antiguo esplendor de las solemnidades docentes, de las que sólo restan olvidados testimonios en los polvorientos archivos de las Facultades.

La rapidez con que marcha la vida, por imperiosa exigencia del progreso, hace que en la actualidad apenas se fije nadie en la importancia y significación del grado de doctor; las costumbres sociales cambian, y hoy se hace menos caso de doctores, generales, canónigos, aristócratas y otros elementos que en época no lejana constituían vistoso adorno de las sociedades, colocadas en un rango superior.

¿Signo de los tiempos? ¿Conquistas de la democracia? Llámese como se quiera a esta *capitis diminutio*; pero el caso es que con la complacencia dominante y la vulgaridad ambiente se va perdiendo el respeto a instituciones universitarias que, aparte su valor histórico,

tendrán siempre el de una alta representación espiritual.

Aquí sí que puede aplicarse, una vez más, la dolorida afirmación de Jorge Manrique:

*¡Cómo a nuestro parecer,
cualquier tiempo pasado
fué mejor...!*

Si miramos al tiempo del Renacimiento y examinamos cómo se hacían los doctores en aquella época crudita, y la consideración y estima en que tal grado se tenía, deploraremos, entristecidos, su actual decadencia. Hagamos, pues, una breve excursión por los siglos XV y XVI, y, recordando los esplendores pretéritos, procuremos consolarnos del desdén presente.

No es necesario salir de nuestra nación para encontrar los ejemplos necesarios; precisamente era España por aquella época, especialmente en el segundo de los siglos señalados, no sólo la primera potencia política



Maestros y discípulos en el Siglo XV. (Grabado de la época.)

mundial, sino un faro intensísimo de cultura que irradiaba a los demás pueblos.

Entramos en una Universidad española: Salamanca, Alcalá. Observamos una Universidad francesa: París, Montpellier. Asistimos al solemne acto de recibir un graduado la investidura de doctor. El ceremonial es muy parecido en todos estos centros docentes. Veamos.

Pero antes conviene examinar los grados inferiores: bachiller y licenciado, con respecto a los médicos, se entiende, pues para boticario y cirujanos no existían los grados.

El bachillerato, tanto en España como en Francia, habilitaba para dedicarse al ejercicio profesional, después de haber practicado durante dos años al lado de un doctor.

Para ser bachiller en Medicina era indispensable serlo antes en Artes, por lo que aquel bachillerato equivalía a nuestra licenciatura; acreditar que durante cuatro años se habían estudiado, con prueba favorable, las enseñanzas de Prima, Vísperas, Anatomía, Cirugía, Astrología, Matemáticas y Método (*Methodus Medendi*); haber leído en cátedra durante una hora diez lecciones sobre los temas siguientes: *de rubus, naturalibus, de rebus non naturalibus; sanguinis missione; de urinis*, etcétera, y haber disertado públicamente en uno de los dos últimos cursos.

Aunque los documentos de la época poco dicen de los textos docentes, es de suponer que serían las obras de Hipócrates y Galeno; para el estudio *de pulsibus* y *de urinis*, los tratados de Philareto y Theophilo. Es-

tudiábase también el *Canon*, de Avicena; el *Colliget*, de Averroes y Rhascés, y el *Regimen Sanitatis Scholae Salernitana*.

Terminados estos estudios, el aspirante solicitaba del rector la realización del acto para proceder al examen preparatorio del grado, el cual se celebraba ante un Tribunal compuesto por ocho doctores, uno de ellos el rector o decano; en este duro examen, el aspirante debía sostener sus conclusiones y contestar dieciséis argumentos correspondientes a otras tantas materias médicas y quirúrgicas. Como preparación conveniente para estas últimas, cursábase la *Cirugía*, de Albucasis, o el *Guidón*, nombre con que se designaba la *Gran Cirugía*, de Gui de Chauliac.

Aprobado este difícil ejercicio, el aspirante juraba guardar los Estatutos de la Universidad; pedía que se le confiriera el grado en un breve discurso; disertaba en cátedra sobre un puesto de Medicina clásica, y prometía *defender la virginidad de María*. Los derechos de grado eran 43 pesos, repartidos entre propinas y el fondo de la Universidad. Después de tan rigurosas pruebas, no se libraba al bachiller su título hasta pasados dos años de ejercicio, al lado de un médico experimentado.

En la Universidad de París, las tesis sostenidas por los graduados debían comenzar forzosamente por una invocación a Dios Todopoderoso, a la Santa Virgen y a San Lucas; su discusión comenzaba a las seis de la mañana, para terminar a mediodía.

Los gastos de grado eran muy elevados, pues, además de los honorarios devengados por los profesores, el canon que había de pagarse a la Facultad y las retribuciones a los bedeles, el candidato tenía que convidar a comer a todos los compañeros y maestros que tomaban parte en la discusión.

Terminado el ejercicio de la tesis, procedíase al examen teóricopráctico de Anatomía, que duraba *todo una semana*. Por cierto que la práctica sobre el cadáver debía constituir un espectáculo atrayente, pues, aparte de los estudiantes, acudían a presenciársela, en Montpellier, gentes de sociedad, señoritas y monjas. Y hasta se dió el caso, referido en forma novelesca y teatral, de que el aspirante Thomas Diafoirus, satirizado por Molière, invitara a su novia a presenciar, *para divertirse*, la disección de una mujer, sobre cuyo tema él había de disertar.

Para la prueba de *licenciatura*, sosteníanse tesis análogas a la del bachillerato, discutidas con iguales formalidades, y el último ejercicio lo constituía un examen clínico, para el cual el candidato era llamado a casa de un doctor regente (profesor oficial), quien le sometía un caso patológico, haciéndole luego redactar una consulta acerca del mismo.

Después de este último examen, los licenciados eran presentados oficialmente al canciller de la Universidad, de ordinario canónigo de Notre-Dame y habitante en el palacio episcopal. Los candidatos pronunciaban sendos discursos en latín, y ofrecían al canciller, al decano y doctores regentes, pastillas de azúcar, en las que frecuentemente iba reproducido el retrato del decano.

Algunos días después, comenzaba para los licenciados una serie de visitas a los altos funcionarios del Estado, a los miembros del Parlamento, Tribunal o Corte de los Condes y al gobernador de París; des-

pués, a los señores de la Villa, al representante del comercio y a los regidores. Todos estos elementos eran invitados, en nombre de la Facultad, a asistir a la recepción de los candidatos para juzgar ellos mismos de su sabiduría.

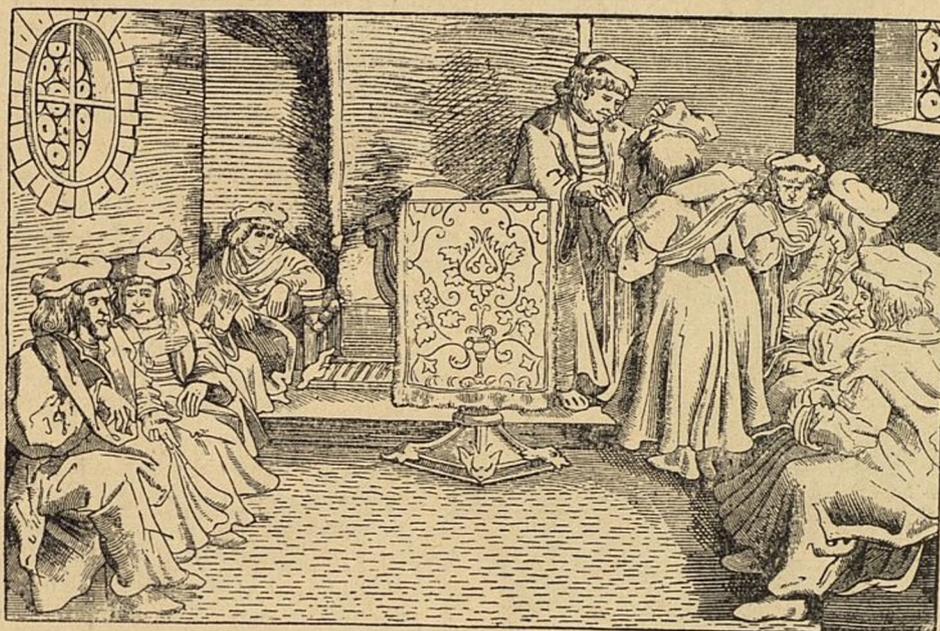
Al domingo siguiente a este visiteo, adornábanse ricamente las salas en que había de tener lugar la solemne ceremonia del grado, en la cual el decano hacía observar a los candidatos el desposorio espiritual que iban a contraer con la ciencia.

Los grandes personajes de la Corte, y a veces los mismos reyes, asistían a estos brillantes actos; los de-

su jurisdicción eran perseguidos por intrusos y equiparados a las charlatanes.

Si para bachilleres y licenciados empleábanse tan brillantes solemnidades, ¿qué importancia no tendría el acto de recibir la investidura doctoral, máxime jerarquía académica?

El futuro doctor, después de solicitar su grado, debía ir a visitar, vestido de túnica roja y tocado de bonete de pieles, a todos los doctores regentes; acompañándole, como escolta de honor, dos bachilleres y varios bedeles, vistosamente uniformados. El día de la ceremonia, la Facultad se adornaba con ricos tapices,



Ceremonia académica a fines del Siglo XV.

talles de la ceremonia, muy antigua, fueron reglamentados definitivamente en 1550.

Los diferentes candidatos eran clasificados en una lista, por orden de méritos. La Facultad se reunía en pleno, presidida por el obispo; los candidatos, con la cabeza descubierta, eran llamados, acudiendo uno tras otro, hincando la rodilla, y el canciller, con majestuosa gravedad, les otorgaba la licenciatura en los siguientes términos:

"Ego, cancellarius auctoritate apostolica que frou in hac parte, de vobis licentiam legendi; interpretandi faciendi medicinam hicet ubique terrarum, in nomine Patris, et Fili, et Spíritus Sancti. Amén."

Terminada la ceremonia, trasladábase la Facultad entera a *Notre-Dame*, donde se celebraba un *Te Deum*. Luego, el cortejo volvía, en procesión, a la Escuela de Medicina, y los nuevos licenciados ofrecían un banquete al decano, a los doctores regentes y al canciller.

El grado de licenciado no significaba solamente, como en nuestros días, permiso para ejercer la profesión, sino que autorizaba también para dedicarse a la enseñanza de Medicina. Los graduados en París podían ejercer *urbí et orbí*, pero los que realizaban sus estudios en las demás Universidades francesas sólo podían practicar su carrera en la demarcación de su distrito universitario. A tal grado de rigor se llevaba esta limitación, que los que osaban ejercer fuera de

a costa del candidato, que debía abonar, para este decorado, la cantidad mínima de 36 libras.

En esta fiesta, que se desenvolvía con lucimiento mayor al de las anteriormente descritas, el candidato prestaba juramento sobre las extremos siguientes:

1.º Observar los derechos, estatutos, decretos, leyes y costumbres de la Facultad.

2.º Asistir, al día siguiente de la festividad de San Lucas, a la misa por los doctores fallecidos.

3.º Combatir, con todas sus fuerzas, a los que practicasen el ejercicio ilegal de la Medicina, pudiendo dañar a la salud y a la vida de los ciudadanos. En esta persecución se comprendía, como hemos dicho, a los doctores de otras Facultades.

Cumpliendo el juramento, el presidente, después de hacer la señal de la cruz, colocaba el birrete doctoral sobre la cabeza del graduado en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, celebrándose grandes fiestas, según la posición económica del nuevo doctor, y distribuyendo éste, entre profesores y bedeles, los regalos tradicionales, consistentes en azúcar, bonetes y guantes.

Estas ceremonias, comunes a todas las Universidades francesas, salvo pequeñas variantes, revestían mayor pompa en España, donde algunos graduados sufrían graves quebrantos en sus intereses; tales gastos justificábanse por una tradición muy antigua, pues el

Papa Clamente V, en el Concilio de Viena, año 1311, mandó que no se permitiese gastar más de 3.000 sueldos torneses de plata, para evitar la ruina de los graduados. No obstante esta limitación, el carácter español, alegre y rumboso, siguió celebrando con suntuosidad este grado, cuyo ceremonial se ajustaba, por lo general, a este pintoresco programa:

Después de solicitado el grado de maestrescuela y de depositar en la Tesorería de la Universidad los pagos y propinas correspondientes (sólo para el licencia-



Doctor de la Universidad de Paris. (Siglo XVI.)

do eran de 150 pesos), llegaba la víspera del día designado por el cancelario (*el chancelier francés*) para guardarse el candidato. Organizábase con gran pompa una vistosa cabalgata, precedida de trompetas y tambores. Todos los doctores y maestros de la ciudad, montados a caballo, acudían a la casa del graduado.

A las tres en punto de la tarde se ponía en marcha la lucida comitiva; en primer término iban los músicos; detrás, los caballeros y personalidades invitados; a continuación, el Claustro de la Universidad; delante los bedeles con sus ropillas y mazas, el secretario y el tesorero; luego, el acompañamiento de doctores, médicos, teólogos, canonistas y legistas, de dos en dos, por orden de antigüedad o de categoría; seguían los fiscales, oidores y autoridades, y, finalmente, el rector, con sus insignias, borla y capirote, llevando a su izquierda al doctorando, y a su derecha, al decano de Medicina, con los lacayos y pajes, de librea, y con bastones pintados. Seguía a este último grupo

un hombre de armas, conduciendo un caballo de la brida, espléndidamente aderezado, y llevando un bastón dorado y las insignias del futuro doctor. En último término iba el padrino del graduando, que siempre solía ser persona principal, acompañado de dos caballeros. La procesión iba a casa del maestrescuela, que esperaba a caballo, se incorporaba al grupo del rector y seguía la comitiva por las principales calles de la ciudad, volviendo luego a dejar en sus casas al cancelario y al doctorado, con lo cual terminaba el paseo. Durante este día y el que seguía al grado, el candidato colocaba en sus puertas o ventanas un dosel con el escudo de sus armas.

El día de la ceremonia engalanábase el Paraninfo o la catedral (pues también en alguna se celebraba). En una plataforma situábase la Universidad y las insignias doctorales (borla, anillo, libro, espada y espuelas), todo en fuente de plata; también se depositaban los guantes y propinas.

A las nueve de la mañana, y con el mismo ceremonial de la víspera, llegaban al local el maestrescuela y el candidato, el cual ocupaba la cátedra y discutía brevemente una cuestión, defendiéndola contra sus impugnadores, que eran el rector, un doctor en Medicina y un bachiller.

Resuelta la discusión, tenía lugar el *Vejamen*, así llamado por consistir en una oración crítica que un doctor, designado al efecto, dirigía al graduando, quien debía escucharla descubierto y en pie. La crítica alcanzaba a los demás doctores allí presentes.

Finalizado este número del programa, el maestro de ceremonias y los bedeles dirigíanse al asiento del decano y le acompañaban a la mesa, donde aguardaba el graduando; llevaban a éste delante del maestrescuela para que le pidiera en latín las insignias académicas, y el decano se las confería por este orden: dábale primero un ósculo en la mejilla, *insignum fraternitatis*; colocábale luego el anillo, *insignum desponsationis interte et sapientiam*; entregábale enseguida el libro, como símbolo de la función docente; después, ceñíale la espada como signo de milicia para luchar contra el morbo; a continuación, entre él y el padrino, calzábale las espuelas "para cabalgar sobre toda la caterva de enfermedades." Y, finalmente, le llevaba de la mano a la cátedra, diciéndole: "*Acende in cathedram, et sede in eo, ut tanquam doctor Hippocratem et Galenum possit expendere, ac interpretari*".

Al bajar de la cátedra, el doctorando, con su acompañamiento, arrodillábase ante el maestrescuela y, puestas las manos sobre los Evangelios, juraba la pureza de María; inmediatamente el maestrescuela conferíale el grado, pronunciando una fórmula latina.

El nuevo doctor daba las gracias y se repartía las propinas y demás obsequios, volviendo a su casa con el mismo ceremonial que le había traído.

Tan brillantes actos no podrían realizarse con menos de 1.000 pesos, que el graduando había de pagar. Estas solemnidades siguieron celebrándose, con algunas variantes, hasta el segundo tercio del siglo XIX, si bien en época muy anterior suprimiéronse las procesiones y banquetes. A tal extremo llevóse el despilfarro en estas fiestas académicas, que en Salamanca, al final del siglo XVIII, costaba el doctorarse unas 5.000 pesetas; entre los gastos realmente sorprendentes figuraba el de tres toros, que habían de lidiarse en

la fiesta del doctorado. ¡Cosa rara! ¡La tauromaquia y la sapiencia hermanas en una demostración de júbilo académico!

Lo que no dicen las crónicas es si el doctorado venía obligado a matar los cornúpetos, o si éstos eran pasados de muleta por el rector o algún profesor *de tanda*; porque si tan estupenda práctica hubiera prevalecido en las Universidades españolas, habría sido curioso, aunque esta suposición peque de irreverente, ver cómo veroniqueaba el atildado maestro Fray Luis de León o cómo clavaba un par de rehiletos el erudito Antonio de Nebrija...

BIBLIOGRAFIA

LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RETÍCULOENDOTELIAL, por *Gustavo Pittaluga*.—(Un tomo de 487 páginas, con 201 figuras y 4 láminas, 3 de ellas en colores.—Madrid, Espasa-Calpe, Ríos Rosas, 24.)

La bibliografía científica española acaba de enriquecerse con este magnífico libro del Prof. G. Pittaluga. Magnífico, sin duda, por ser el fruto de un esfuerzo noble y paciente para recoger las aportaciones de los investigadores de todo el mundo a una cuestión científica hasta hace pocos años desconocida, ofreciéndolas luego a los estudiosos, ordenadas y criticadas según el criterio personal, adquirido firmemente por los propios trabajos sobre el tema y por los trabajos de sus discípulos. Magnífico, sobre todo, por esto último: por la gran cantidad de datos nuevos que contiene el libro, debidos a la actividad del autor y de su escuela. Cuando los trabajos de un grupo de investigadores aparecen separadamente en las revistas científicas no logran dar la impresión exacta de la importancia de la labor realizada. Pero si dichos trabajos se recogen en un libro, el lector la apreciará enseguida. Así sucede con la lectura del libro que reseñamos.

Se trata del estudio de uno de los problemas de mayor actualidad en la Medicina: la concepción de Aschoff y Landau, sintetizando la labor dispersa de muchos investigadores y estableciendo la existencia de un sistema que denominaron retículoendotelial, o metabólicoretículoendotelial.

Pittaluga comienza por hacer una crítica general de nuestros conocimientos actuales acerca de la fisiopatología del sistema retículoendotelial, señalando como propiedades o funciones características de las células que forman el sistema la función *granulopéxica* (actividad macrofágica o fagocitaria del sistema retículoendotelial), la función *eritroitucoyótica*, la función *trasmática* y la función *diotónica*, descrita por primera vez con este nombre en 1926 por Pittaluga, en una conferencia pronunciada en Roma, en la clínica del Prof. Ascoli, la propiedad de modificar por fenómenos osmóticos la concentración molecular y el tono de los iones en el medio interno (plasma intersticial y plasma circulante).

En otro capítulo el autor hace la crítica de las clasificaciones propuestas para el estudio de los procesos morbosos del sistema retículoendotelial, clasificaciones basadas en criterios anatomopatológicos o hematológicos, o simplemente clínicos, haciendo notar que no se ha intentado todavía una clasificación etiológica que establezca las conexiones entre los procesos morbosos del sistema retículoendotelial sobre la base de una causa pa-

tógena común. Y en el capítulo siguiente, Pittaluga cree posible intentar una clasificación etiológica, con tal de que se admitan, *a priori*, los tres postulados siguientes: 1), que dentro del sistema pueden enfermar *primitivamente* y por separado *sectores* o *territorios*, o *segmentos* determinados; 2), que los distintos factores etiológicos dan lugar a los síndromes correspondientes, *en cuanto actúan sobre determinados segmentos celulares o territorios orgánicos del sistema retículoendotelial, o bien sobre el conunto del sistema, pero no son específicos*, ni exclusivos como tales agentes patógenos para el S. R. E., o con otras palabras más exactas: no son necesarios insuficientes, y 3), que al margen de la patología del S. R. E. propiamente dicha, clasificable en síndromes y grupos de enfermedades, quedan los estados pasajeros de reacción fugaz contra estímulos patógenos de acción general.

Sobre esta base propone Pittaluga los siguientes grupos: I. Enfermedades hereditarias y congénitas del S. R. E. II. Enfermedades del metabolismo de las células del sistema. III. Enfermedades infecciosas y parasitarias, con localización y lesiones precoces y primarias en las células del sistema. IV. Enfermedades infecciosas y parasitarias generales, con participación secundaria del sistema. V. Enfermedades por alteraciones fisiológicas y bioquímicas del plasma intersticial y hemático, con intervención primaria del sistema. VI. Procesos inflamatorios hiperplásicos, específicos y criptogenéticos del sistema. VII. Procesos neoplastiformes o tumores del S. R. E.

Cada una de las enfermedades comprendidas en los anteriores grupos son objeto de un estudio sumamente detenido, con gran cantidad de datos bibliográficos, con una verdadera riqueza de ilustraciones (el libro tiene 201 figuras), sobre todo microfotografías, y también dibujos y láminas en color, y, lo que con mayor satisfacción consignamos, con gran abundancia de observaciones y trabajos personales del autor y de sus colaboradores y discípulos. En este sentido, aunque todo el libro sea igualmente elogiado, merecen destacarse el estudio de la enfermedad de Gaucher, descrita por vez primera en España solamente hace cinco años; el de las alteraciones que caracterizan al grupo V, y el del linfogranuloma maligno (con experiencia personal de 22 casos).

Pittaluga dedica otro extenso capítulo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema retículoendotelial, en el cual los conocimientos, extensamente considerados y discutidos en los capítulos anteriores, se resumen y sintetizan para facilitar su aprovechamiento y aplicación en la práctica profesional.

Para terminar, deseo hacer resaltar un detalle digno de todo encomio: la extensa bibliografía de esta obra está separada en dos grupos de citas: las correspondientes a autores españoles, señaladas en el texto con números de orden (1), (2), etc., hasta 137, se hallan reunidas al final del libro en una lista por orden alfabético; las que corresponden a la literatura científica extranjera van señaladas en el texto con asteriscos (*) (***) y colocadas a pie de página. Sería muy ventajoso seguir siempre esta norma en las publicaciones españolas; así se pone mejor en evidencia la aportación nacional a la cuestión de que se trate.

La edición, en papel *couché*, es realmente magnífica.

E. LUENGO.

PERIODICOS MEDICOS

SUTHERLAND-CAMPBELL y PLUNKET.—*Mucor paronychia*.

Efectúan los autores en este trabajo un prolijo estudio micológico referente a un hongo aislado en las uñas de los obreros de la industria de las naranjas. La introducción de este hongo en las naranjas va seguido de una disminución de su volumen y de su peso, así como de una desecación progresiva. Los autores han podido registrar una verdadera epidemia de perionixis, debidas a este hongo entre los obreros de las industrias derivadas de la naranja. Se trata del *mucor paronychius*, perteneciente al género *mucor Micheli*, muy semejante al *m. recemosus* de Fresenius. (*Arch. of. Der. and. Syph.* Vol. 30, núm. 5.)—T. B.

R. DE NUNNO.—*El estímulo antimonial del sistema reticuloendotelial como medio terapéutico en el paludismo estivoestival quinioquímico-plamoquinaatebrina re-sistente.*

El tratamiento del paludismo, haciendo especial referencia al producido por el plasmodio *praecox* o forma estivoestival, ha progresado en estos últimos años con la aparición de la plamoquina, dotada de acción gametocítica, y de la atebrina, especialmente esquizontocida, también empleadas en los casos de intolerancia a la quinina y en los de fiebre hemoglobinúrica.

Pero no deja de haber casos en clínica resistentes, tanto a la quinina como a la plamoquina y a la atebrina. En estos casos, teniendo en cuenta los trabajos de Pianese y Testa (1930, Nápoles), sobre el estímulo del sistema reticuloendotelial (hígado) mediante el tártaro estibiado (tartrato de antimonio y potasio), nos hemos decidido a su empleo en todos los casos, comprobados hematológicamente, de paludismo estivoestival resistentes a la quinina, a la plamoquina y a la atebrina.

El tártaro estibiado, en solución al 1 por 100 en agua destilada, en ampollas de vidrio neutro, tinalizada tres días a 100°, durante treinta minutos, le administramos por vía venosa en días alternos, a dosis crecientes (un centímetro cúbico, dos, cuatro, seis, ocho, 10, 12, 14); si bien en algunos enfermos, al llegar a 10 centímetros cúbicos, hay que persistir en la misma dosis, o bien aumentar de centímetro cúbico en centímetro cúbico. La inyección será muy lenta, teniendo especial cuidado que sea en plena luz de la vena, pues fuera de ella resulta muy dolorosa.

Al llegar a la dosis de 14 centigramos por inyección se persiste en ésta hasta una dosis total de 140-160 centigramos, para después iniciar un descanso de diezveinte días, y continuar con una segunda serie de inyecciones de tártaro estibiado, empezando por 10-12 centigramos y un total de 30-75 centigramos.

Este tratamiento—el tártaro estibiado—, estimula el sistema reticuloendotelial, provoca, a la dosis empleada, una movilización de los parásitos y aparición en la circulación de formas endoglobulares, seminulas libres y abscesos febriles más o menos típicos; de la cuarta a la quinta inyección se observa disminución del volumen de bazo, que, al término del tratamiento, es normal. A la dosis media de 200 centigramos de tártaro estibiado, en

13, de 14 enfermos, hemos logrado la curación de su paludismo crónico estivoestival, resistente a la quinina, plamoquina y atebrina, curación comprobada hematológicamente.—(*La Riforma Medica*.—Nápoles, 20 julio 1935.—Año LI, núm. 29, págs. 10, 87 y 1092.)—M. A. C.

H. SECKEL.—*El enantema alveolar en el sarampión.*

Cuando aparece esta manifestación presentan los enfermos, durante la máxima intensidad del exantema, una respiración acelerada en exceso, que no corresponde a lo que debía esperarse de la temperatura. Esta taquipnea puede ser tan exagerada que pase al primer plano de la sintomatología. Sin embargo, su pronóstico no es grave aun en los casos en que el número de respiraciones llega a 60 y 80 por minuto. El tipo del ritmo respiratorio es acelerado, pero no disneico, más bien parece un tipo respiratorio febril, pero exagerado, sin intranquilidad, sin las molestias de la disnea, sin la angustia y sin el tiro ni los movimientos exagerados de las alas de la nariz. El enfermo no da la sensación de un neumónico. Localmente no se perciben por la exploración otros signos que los banales de una bronquitis muy extensa. El corazón y los vasos no flaquean. No obstante, se observa siempre cianosis difusa: unas veces sólo en la cara; otras, en cara, y uñas, y, a veces, en todo el exantema. Al borrar éste y desaparecer la fiebre, cesa también la taquipnea, sin que aparezcan bronquiolitis ni neumonías. Este cuadro clínico corresponde a la existencia de un enantema alveolar que se extiende a una gran superficie del pulmón. Las radiografías son normales en el 20 por 100 de los casos, pero en el resto aparecen sombras difusas en las márgenes del hilio con signos de éstasis. Más raro es observar grandes sombras homogéneas en una gran parte del pulmón. La anatomía patológica del enantema se reduce a una reacción específica muy moderada de los tejidos con hinchazón y degeneración grasa de los epitelios, dilatación de los capilares y estrechamiento del alvéolo, que provoca la cianosis y desencadena la taquipnea. El pronóstico de este enantema es favorable, y para tratarlo bastan con los sedantes ligeros, el oxígeno y los cardiotónicos. El aire libre más bien perjudica. Hay que evitar las confusiones con el comienzo de las complicaciones pulmonares graves. (*Monatschr. f. Kinderheilkunde*, tomo 61, fas. 5. Ap. en *Wiener klin. Wochenschr.* 1935, núm. 30.)—F. G. D.

J. L. CARRERA.—*La precocidad eléctrica de la reacción de Sordelli-Miravent al comienzo de la sífilis.*

Ha practicado el autor en un número considerable de casos la reacción de hemólisis llamada de Sordelli-Miravent, la cual puede ser comparada ventajosamente con las más sensibles de precipitación. Se ha practicado constantemente y como control la reacción de Kahn. La reacción de Sordelli-Miravent se ha mostrado constantemente más sensible y específica que la de Kahn. No se ha observado un solo caso en el que con una Sordelli-Miravent negativa existiera al comienzo de la sífilis una reacción de Kahn positiva. Considera este autor que la reacción mencionada debe utilizarse ampliamente en la clínica. (*An. Mal. Ven.* An. 29, número 11.)—T. B.



Prescriba el

ANTISEPTICO LISTERINE

Concesionario: FEDERICO BONET • Apartado 501 • Madrid

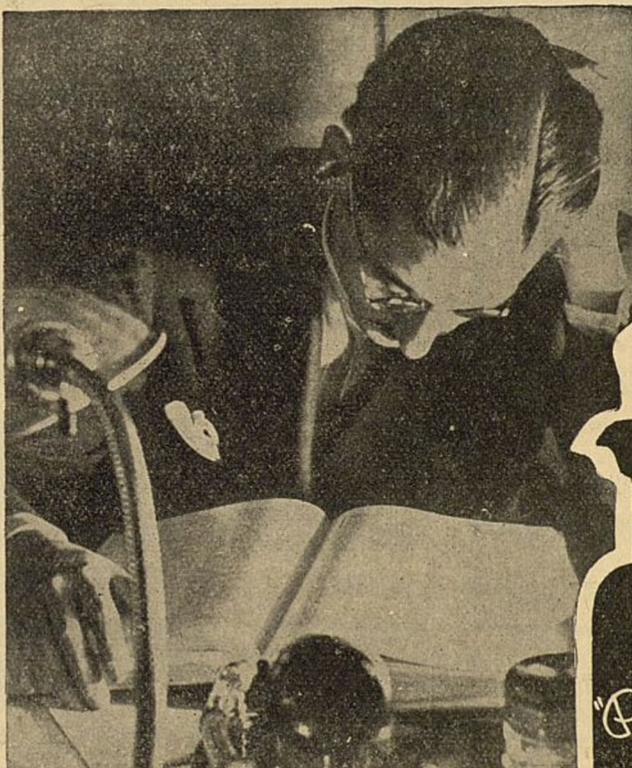
Si precisa un antiséptico eficaz, rápido e inofensivo, prescriba LISTERINE. Es conocido en todo el mundo por su gran poder bactericida LISTERINE desinfecta energicamente sin provocar molestia alguna, como garantiza, entre otros ilustres bacteriólogos, el Doctor Caselli, de París, quien resume en la "Gacete des Hopitaux" - 14 Septiembre 1932 - su escrupulosa investigación diciendo: "El antiséptico LISTERINE no irrita, no quema, no intoxica, aun aplicándolo en dosis muy fuertes y en condiciones de severa experimentación clinica"



LA RESTITUCION AL ORGANISMO DE SALES MINERALES

Cuando el organismo, por exceso de trabajo cerebral o por enfermedades, tiene que consumir los propios elementos mineralizadores del sistema nervioso, prodúcese el desequilibrio bioquímico causante de todos los estados de depresión comprendidos bajo el nombre genérico de neurastenia. NEVROSTHENINE representa la medicación racional en esos casos. Restituye a los nervios las sales minerales en forma de glicerofosfatos de sosa, potasa y magnesia, y en la misma proporción fisiológica que se encuentra en el cuerpo humano.

Concesionario: FEDERICO BONET - Apartado 501 - MADRID



NEVROSTHENINE

(FORMULA DEL DR. FREYSSINGE)



Ayuntamiento de Madrid

CALCIBRONAT

SANDOZ

Calcio-bromo-lactobionato

En el Calcibronat se halla reforzada sinérgicamente la acción del bromo por la del calcio, y con la asociación de estos dos fármacos se obtiene un efecto especial sedativo y neurotónico a dosis mitad menor que la corriente.

CALCIBRONAT

Granulado.

Soluble en cualquier bebida y de sabor agradable.

CALCIBRONAT

Tabletas efervescentes.

Con un vaso de agua producen una bebida deliciosa.

CALCIBRONAT

Ampollas de 5 y 10 cc.

Perfectamente toleradas por vía intramuscular y endovenosa.

Para literatura y muestras dirigirse a la

OFICINA CIENTIFICA SANDOZ

NICETO ALCALA ZAMORA, 18 - MADRID - APARTADO 1036

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada, inalterable, de los principios activos de las levaduras de cerveza y de vino.

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

Solución coloidal fagógena polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

SOLUCION de FLUOROFORMA ESTABILIZADO EN LOS EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

Comprimidos compuestos de Hipófitis y Tiroides en proporción prudencial, de Hamamelis, Castaña de India y Citrato de Sosa.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Riaza, de gala: Homenaje al Prof. Tapia.—El Prof. Menetrier ha muerto, por J. H.—Los muertos hablan, por Angel F. Domínguez.—Si yo fuera presidente, por Sisinio Crespo.—Veinticinco años de salvarsán.—La solución del problema de los ciegos en España.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Trascendental reorganización de la Lucha Antituberculosa

El día 3 del actual se ha publicado en la Gaceta uno de los Decretos más trascendentales que han salido de la Dirección general de Sanidad en estos últimos tiempos. La Lucha Antituberculosa, tan desorganizada desde su fundación, víctima de errores fundacionales y de campañas de carácter político, necesitaba urgentemente desmontar su tinglado y levantar cimientos de positiva firmeza.

Ha sido precisamente en los primeros días de septiembre, al cumplirse el décimo aniversario de la Conferencia de la Fuenfría (aquella Conferencia de la Fuenfría donde por primera vez se dijo a España que el antiguo Patronato había fracasado totalmente), cuando el actual Gobierno de la República ha llevado a cabo una reorganización eficaz.

El primer acierto que encontramos en este Decreto es dar por terminado totalmente el pleito de los antiguos médicos destituidos al advenimiento de la República, acoplándolos a los nuevos servicios, según dispone el artículo 30 en su párrafo B. Ya era hora de que se pusiese un punto final a esa situación anómala, creada por una ligereza administrativa del director de Sanidad que substituyó al Dr. Palanca, y que se hizo célebre por sus procedimientos expeditos e impremeditados.

La gravedad que en España adquiere el problema tuberculoso se traduce por la elevada cifra de mortalidad anual que la estadística expresa: 30.916 defunciones por tuberculosis del aparato respiratorio aparecen registradas durante el año último.

Triste es reconocer que, para poner fin a tal estado de cosas, la Subsecretaría de Sanidad viene esbozando la organización antituberculosa en términos tan precarios e insuficientes, que de nada valen los ímprobos esfuerzos del excelente personal especializado en esta lucha, la cual ve malogrados los

resultados evidentes que reflejan sus actividades y entusiasmos.

EL SIGLO MÉDICO, en su deseo de ser intérprete de la opinión médica española, ha procurado estos días conocer cómo piensan respecto a este Decreto los especialistas de tuberculosis, y, salvo contadas excepciones, todos muestran su conformidad a la nueva reorganización, y piensan que, si existe un poco de acierto al llevarla a la práctica, podremos dentro de pocos años enorgullecernos de poseer una de las más eficaces campañas sanitarias contra la Peste Blanca.

No queremos terminar este Boletín de la semana sin hacer resaltar en este Decreto de reorganización de Lucha Antituberculosa un detalle de excepcional interés profesional, y es el artículo 44, en el que se apunta la posibilidad de prohibir a los médicos antituberculosos que tengan cargos acumulados al ejercicio profesional. Pero este es un asunto que dejamos para ser tratado en otra ocasión con la amplitud que se merece y por plumas especializadas en el problema médicosocial.

DECIO CARLÁN.

RIAZA, DE GALA

HOMENAJE AL PROF. TAPIA

El domingo pasado fué para el pueblo de Riaza, perdido en la agreste sierra castellana, día que quedará marcado de manera indeleble en los fastos de la villa, que, si no tuviera ya de antiguo fama de noble y generosa, la tomaría por los homenajes que en ella tuvieron lugar con motivo de inaugurarse el Hospital-Sanatorio-Escuela de Médicos Rurales que el Prof. Antonio García Tapia, con su generosidad y bondad infinitas, regala al pueblo de Riaza, no sólo para que sirva de alivio a los males del cuerpo de las gentes humildes de estas sierras, sino también para que en el mismo se formen y se impongan de las últimas novedades científicas los médicos rurales, que hasta ahora tenían perdido todo contacto con los centros de enseñanza desde el momen-

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina 23 al 29 de septiembre de 1935.

Cuotas de inscripción... { Congresista, ptas. 100. Pida detalles a la Secretaria general Familiares, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID



El ilustre decano de la Facultad de Medicina de Madrid, Prof. Márquez, leyendo su discurso en el acto inaugural de la Escuela de Médicos Rurales, fundada por el Dr. Tapia.

to en que abandonaban la Universidad, de ahora en adelante, los médicos de la provincia de Segovia van a encontrarse en las mismas condiciones óptimas de conocer los últimos adelantos de la Medicina que sus compañeros de Madrid, y el monumento que el pueblo de Riaza le ofrece al Dr. Tapia.

Este magnífico Hospital-Escuela se levanta en una frondosa carretera y consta de tres plantas. En la planta baja se han instalado el consultorio, con su correspondiente sala de espera y de reconocimiento; un laboratorio anejo a éste y una magnífica sala con una soberbia instalación de rayos X. En el ala izquierda del edificio están instaladas dos salas de seis camas para hospitalización de enfermos pobres. Asimismo encontramos en el piso bajo la sala de operaciones y de esterilización, el despacho del director y la sala de conferencias.

El piso principal se halla por entero dedicado a cuartos independientes para enfermos con terrazas, y el piso superior lo ocupan las hermanas de la caridad, que han construido una bellísima capilla aprovechando un espacio inverosímil, y que preside una bellísima imagen de Nuestra Señora de Hontanares, patrona de estas sierras.

El acto inaugural de este edificio, al que concurrieron el todo Madrid de la Medicina, de las letras, del teatro y de la política, tuvo lugar a las once de la mañana. En primer lugar, el Dr. Tapia pronunció un bello discurso de ofrecimiento del edificio, en el cual nos dijo cómo nació en él esta idea al operar hace diez años en el edificio ruinoso y sucio del Hospital de Riaza, propicio a toda clase de infecciones, y al ver también cómo morían muchos enfermos por no hallar en él los medios necesarios para intervenciones quirúrgicas de extrema urgencia, "y no sólo esto fué lo que nos ha hecho construir este Hospital-Escuela—dice—, sino tam-

bién el ver el desamparo de los médicos rurales, que de hoy en adelante tendrán en él, no sólo compañeros que los auxilien y orienten en su misión de apóstoles, pues tal es la misión del médico rural, sino que también recibirán las enseñanzas de los maestros de la Medicina española, que vendrán aquí periódicamente a dar cursos y conferencias. Al mismo tiempo me propongo crear una modestísima revista: *Anales de la Escuela del Médico Rural de Riaza*, en la cual se recogerá toda la labor de ésta, y que, en unión de una biblioteca circulante de libros y revistas, llevarán hasta los confines más apartados de la sierra las últimas conquistas de la Medicina."

"Tal es, expuesto brevemente, ya que no quiero cansar vuestra atención, la génesis del Hospital y de la Escuela de Médicos Rurales que hoy ofrezco de todo corazón a Riaza.

"Si consigo que sea útil a los enfermos y a mis compañeros médicos de la comarca, y que el nivel cultural, en lo que respecta a la higiene y a la sanidad se eleve, daré por bien empleado el sacrificio que me he impuesto.

"Tengo grandes esperanzas de lograrlo, porque cuento con la colaboración valiosísima de ilustres profesores madrileños, a quienes no se me ocurre decir otra cosa que, como a vosotros, gracias, gracias, mil veces gracias."

Acto seguido el obispo de Segovia, Dr. Pérez Plate-ro, revestido de pontifical, bendijo el Hospital y pronunció una elocuente y sentida plática: "Mi presencia en este acto tiene dos aspectos: el primero, la consagración religiosa y social de la obra que se inaugura; el segundo, el rendir el homenaje de admiración y cariño al Dr. Tapia, iniciador de esta gran obra y fábrica de afectos; hemos consagrado esta Institución y de-

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

23 al 29 de septiembre de 1935.



Tonofosfán



D/ Tonofosfán

caja de X ampollas al 1 o 2% de M. Madrid

tual y
imero.
n esa
pática
e ciu-
glorio-
i por-
en su
y fun-
odelo:
ra po-
la que
ore su

eral

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.
Familiares, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina
23 al 29 de septiembre de 1935.

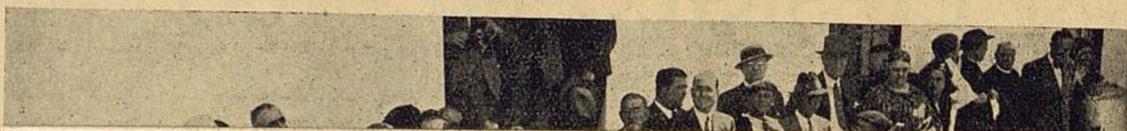
to en c
lante,
contra
los últ
ros de
le ofre

Este
frondo
ta baja
pondie
ratorio
berbia
edificio
hospita
tramos
rilizaci
rencias

El p
tos ind
superio
constru
cio inv
Nuestr

El a
ron el
teatro
ñana. E
discurs
cómo n
el edifi
picio a
morían
dios ne
trema
cho cor

al



Obesidad
endócrina



ELITIRAN
Principio activo integral
del tiroides

Ayuntamiento de Madrid

23 al 29 de septiembre de 1935.

Cuotas de inscripción... } Congresista, ptas. 90.
 } Familiares, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
 Arrieta, 12. MADRID

Preside la Academia Médicoquirúrgica, y deja como huella de su paso unos magníficos "Anales" de la misma que son un modelo de revistas. Llega a la cátedra después de brillantes oposiciones e instituye un excelente método pedagógico (que yo también practico y con el cual estoy en absoluto identificado) de dar dos clases de enseñanza: una *elemental* para el no especialista, y otra de *ampliación* para el especialista.

SU OBRA.—Además de las ya dichas, su vida está llena de buenas y de bellas acciones, que culminan en esta

ofrecer el testimonio de nuestra admiración al ilustre miembro de ella, a quien hoy dedicamos este homenaje en este monumento que perpetuará su memoria. Aunque sin desdeñarle—muy lejos de ello, sumando nuestros elogios hacia el artista que ha interpretado tan admirablemente el sentir general—, el monumento más grande se le ha erigido el mismo Dr. Tapia con su vida ejemplar y con la fundación de este Hospital, que tanto bien va a producir en la región por él tan amada.

IMITACIÓN.—Ya que no igualarle, procuremos imitar-



El ilustre maestro de la laringología española rodeado de las bellísimas muchachas que, vestidas de segovianas, acudieron a rendirle homenaje de admiración y cariño.

de ahora, cuya trascendencia humanitaria y cultural es enorme.

Humanitaria por salvar numerosas vidas de las gentes del pueblo, entre las que nació.

Y cultural por enseñar a los médicos y a las gentes lo que unos y otras deben saber.

Cuando vengán turistas y, sobre todo, médicos, habrá que mostrarles, además de nuestras bellezas artísticas y de los suntuosos palacios de la Ciudad Universitaria, perdido entre los caminos de Castilla, entre sus arideces y pedruscos, un Establecimiento magnífico de Extensión Universitaria, creado sin expedienteo por la voluntad y el tesón de un hombre: el Hospital-Sanatorio-Escuela de Médicos Rurales de Riaza.

Su ejemplo despierta dos sentimientos:

El de agradecimiento y el de imitación.

AGRADECIMIENTO.—El monumento que sus amigos y admiradores le dedican no tiene por fin exaltar ninguna vanidad, de la que el "homenajeado" carece, porque además él ya experimentó el máximo placer al gozar de la buena acción realizada, sino expresarle sencillamente el agradecimiento, no sólo de este modesto pueblo—que ya no lo será en la Historia por haber albergado en él una vida tan gloriosa como la de Tapia—, sino el de la patria entera. Porque *así se hace patria*.

En nombre de la Facultad de Medicina cumplo el grato deber de expresar nuestro agradecimiento y de

le, aun a distancia, realizando, cada cual en la medida de sus fuerzas, una obra altruísta. Recordemos el aforismo de Gustavo Le Bon de que "un pueblo no es verdaderamente fuerte más que si las clases que le componen tienen muchos intereses comunes: el egoísmo individual obra entonces en el mismo sentido que el egoísmo colectivo". Llevando a cabo obras como esta es como se hace política en el más noble sentido.

Me resta tan sólo sumarme efusivamente a este homenaje colectivo como amigo fraternal de Antonio García Tapia desde nuestros tiempos, ya un poco lejanos, de estudiantes."

El presidente de la Diputación de Segovia expresa su adhesión al acto en nombre de ésta, y a continuación el secretario general de la Presidencia de la República dijo que había querido hacer acto de presencia en la inauguración de este Hospital-Escuela que el Dr. Tapia regala a Riaza por un deber de gratitud hacia el mismo. "Su buen corazón—afirmó—lo ha abarcado todo, y este acto de hoy es una obra más. Yo no vengo a felicitar hoy al Dr. Tapia, sino a Riaza. Yo quiero permitirle un consejo a todos vosotros, y es que antepongáis por encima de todas las luchas el nombre del Prof. Antonio García Tapia." Por último, leyó unas cuartillas muy sentidas D. Ricardo Provencio, médico de la localidad, y el gobernador de la provincia, D. Enrique Meneses, se asoció al acto en nombre del Gobierno.

A las dos de la tarde, en los jardines de la colonia por él fundada, tuvo lugar un banquete-homenaje en su honor; presidieron, con el agasajado, su esposa, doña María Hernando de Tapia; el obispo de Segovia, el señor Martínez de Velasco, el vizconde de Eza, el marqués de Lozoya, el gobernador civil, Sr. Meneses; el diputado a Cortes Sr. Azpeitia, y los Dres. Márquez, Hernando, Goyanes, Giménez Encinas y Velasco Pajares. El banquete transcurrió en un ambiente de gran cordialidad y simpatía, y a los postres se pronunciaron numerosos discursos, llenos todos ellos de frases elogiosas y llenas de cariño para el Prof. Tapia, quien, por último, en medio de grandes aclamaciones y vítores, agradeció el homenaje, diciendo que su éxito depende del concurso que le presten las eminencias médicas de Madrid, que han prometido dar cursillos en el mismo. Contesta a cada uno de los que le han dirigido sus palabras cariñosas y sinceras, y dice que el homenaje lo hace extensivo a su esposa e hijos, que también han colaborado en la obra de este Hospital-Escuela. Al igual que los demás oradores, el Prof. Tapia fué aplaudido calurosamente.

Es de destacar como momento emocionante cuando un enfermo, operado de laringe por el Dr. Tapia, expresó en breves frases, cortadas por la emoción, cómo podía hablar merced a éste.

Desde el lugar del banquete, todos los asistentes se trasladaron a la glorieta donde se levanta el monumento que el pueblo de Riaza y sus amigos de toda España dedican al Dr. Tapia.

En la confluencia de dos caminos y en el paseo que conduce a la casa del Dr. Tapia se eleva el monumento, constituido fundamentalmente por enormes piedras, poco talladas, en cuyo frente se eleva un busto del doctor, obra del ilustre artista Emiliano Barral. Esto es todo lo más que ha consentido su modestia, opuesta en todo momento a la idea del monumento. En él se lee: "Al Dr. Tapia, sus amigos y admiradores."

En el acto de descubrir el mismo pronunció unas breves palabras el alcalde de Riaza, quien ofreció el monumento al Prof. Tapia; el presidente del Centro de Segovia, Dr. Fermín Cubero, y el gobernador civil de la provincia, quien se adhirió al acto en nombre del Gobierno.

El Dr. Tapia, en breves y emocionadas frases, dió las gracias por este honor que Riaza le hace y él juzga innecesario.

A las muchas felicitaciones que el Dr. Tapia recibió el domingo, no sólo por su obra, sino también por la condecoración más alta que le ha sido concedida por el Gobierno de Bélgica, reciente, EL SIGLO MEDICO une la suya muy sincera y llena de cariño.

El Prof. Tapia es uno de los raros hombres de hoy en el cual se hallan unidos íntimamente un gran cerebro y un gran corazón. No queremos nosotros que otros adjetivos, aparte de éstos, vengan a abrumarle, pues él desde hace mucho tiempo es acreedor a todos los que posee la rica lengua castellana.

Otra vez más, como españoles y como médicos amantes de la ciencia, elevamos nuestro más sincero y cariñoso parabién al Prof. Antonio García Tapia.

El Profesor Menetrier ha muerto

Con profundo dolor nos enteramos de la muerte del Prof. P. Menetrier, acaecida el pasado mes de agosto a consecuencia de un accidente de automóvil.

El Prof. P. Menetrier era miembro de la Facultad de Medicina de París, y a más de sus interesantes estudios clínicos era uno de los primeros historiadores de la Medicina francesa.

Pertenecía desde su fundación a la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, y había sido vicepresidente de honor del III Congreso Internacional de Historia de la Medicina, celebrado en Londres.

La Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, con motivo del Congreso Internacional de Madrid, al cual tenía el Prof. Menetrier prometida su asistencia y el envío de interesantes comunicaciones, le rindió una sesión de homenaje, al igual que a los profesores Jeanselme y Gárrison.

EL SIGLO MEDICO se asocia de todo corazón al duelo de sus familiares y al de la Facultad de Medicina de París, que ha perdido uno de sus más eminentes maestros.

J. H.

LOS MUERTOS HABLAN

Así dicho, parece el anuncio macabro de una barraca, para atracción de paletos; pronto explicaremos el porqué de este título.

Hace más de un mes han estado en la dirección de EL SIGLO MEDICO los dos últimos artículos sobre Colegios Médicos, publicados cuando los lectores saben: el primero, el sábado, 31 del pasado mes. A los cuatro días de esa fecha llega a mi nombre ("contra mí", palabras del cartero), un reembolso de veintiún durazos. ¿De quién? Del Colegio.

Y verás lo extraño, paradójico y desconcertante del contenido reembolseril y colegiante: vienen unos cinco recibos de Previsión, es decir, de esa Institución admirable, "orgullo de los médicos españoles, consuelo de para las orfandades prematuras", pero que en mezclan para las orfandades prematuras, pero que en mezclanza traen otros recibos, no de Previsión, sino del Colegio y... ¡pásmate, compañero! (tanto como yo, claro que no): viene el recibo del cuarto trimestre de 1935. ¡Qué adelantos!... Nada menos que vivir con cuatro meses de anticipación a la fecha que sufrimos los parias sanitarios, plebeyos médicos rurales. Aún más: asimismo me obsequian con un recibo extraordinario (más "extra" que Novarro), de 16 pesetas, del primer trimestre del 34... ¡¡que yo no ejercía!!...

Como ves, compañero, esto es dar señales de vida. Y habiendo hablado en mis dos artículos anteriores de "cadáver y de trilema", por esto que hoy diga que los muertos hablan.

Lo más extraño del caso es esta coincidencia (no te sonrías así, compañero), en enviar el reembolsito al día siguiente de recibir EL SIGLO MEDICO con el articulito publicado (esto de articulito y reembolsito es muy finito, lo mismo que los veintiún duritos). Y yo, indiscreto, incapaz de guardar secretos contigo, compañerito, lo escribo, y te lo digo, y te lo confío.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina
23 al 29 de septiembre de 1935.

Hace unos meses (cinco o seis) yo recibí unas hojas impresas con unas casillitas muy monas, donde los médicos que cobran ponen unos números que dicen equivalentes a las "plumas" que pelan (digo que cobran). Como yo recibí esas hojitas (siempre tan fino), y los guarismos para mí holgaban en cuanto a percepción efectiva de "plumaje", envié esas hojas (a ti, compañerito, puedo decirte el secretito finito), con las casillas en blanco (fué sin querer; ¿qué más podía yo desear que ennegrecerlas?), y diciendo (ingenuamente, porque era verdad), que de titular no me pagaban y de iguales era mejor no hablar, puesto que, como ya sabía el "Cole", estaban acaparaditas cuando vine a tomar posesión... cita. Calcula, compañerito, cómo sería que, siendo partido de dos titulares, eran cuatro los que ejercían al yo venir a hacer el número cinco, no llegando a recluta porque en marzo del año actual se fué uno de los libres.

Y el papá "Cole" sin enterarse (¿...?) de nada.

Es hoy el día (y la hora, y el minutito, y el segundito) que no sé lo que es cobrar un solo céntimo de titular. ¿Y quiere el "Cole" que sepa de poderle pagar?

* * *

No he querido silenciar esa coincidencia (deja la sonrisa, compañero malicioso), del artículo con el reembolso. Coincidencia, por lo demás, bien elocuente.

Basta por hoy, sin perjuicio de volver en su día sobre esto, si así procede. Hoy reclama mi atención el trabajo que tengo que hacer. Mas no creas que por ello te olvido: ¡ya volveremos a comunicarnos, compañerito!

ANGEL F. DOMÍNGUEZ

Villanueva del Campo (Zamora), septiembre 1935.

SI YO FUERA PRESIDENTE

¿A qué presidencia me refiero? A ninguna señalo, porque en la clase nuestra existen varias que debían de tener por objeto lo que yo haría si fuera presidente. Más de una vez hemos dicho que el que ostente y aspire al cargo de presidente, sea ésta la presidencia que sea, debe ir a él poseído de que va a llevar disgustos y trabajos, ha de ser un espíritu de mártir, no de héroe, ha de sacrificarse, no ha de ostentar el título para que le saluden y que pomposamente se haga llamar y se llame presidente, por ejemplo, del Colegio de la Asociación de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria—¡mira que es largo esto!—, cuando tan simpático era el de médico titular o presidente del Consejo general de Colegios Médicos. ¡Dios mío, cuánta presidencia, cuánta oligarquía! ¿Para qué, Señor? ¿No sería mejor un solo presidente que mandara y el resto obedecerle?

¿Que qué haría yo si fuera presidente? Pues lo primero, predicar una y muchas veces la necesidad de la unión, repetir lo que hemos y han repetido tantas y tantas veces. Esto lo haría yo como presidente, que siempre hace más fuerza que cuando la verdad la dice uno que no lo es. Haría todo lo que hubiera que hacer, menos caer en el silencio. ¡Pobres tropas a las que su jefe, en vibrantes discursos, discursos no las ha inoculado la savia de la energía, de la fe, de la necesidad y del sacrificio! ¡Oh, bien conocen los militares cuán necesario, cuán indispensable es la emocionante arenga! ¡Ay

del jefe que lleve sus tropas al combate sin antes haberlas preparado, y él se esté sesteando en mullida poltrona! Estas tropas no esperarán para desbandarse a que suenen los primeros tiros: el solo toque del clarín, que debía de excitarles, dándoles ánimos, bríos y hasta coraje, ese sonido hace en ellos el efecto de un tiro en una bandada de perdices, que todas se acobardan y no piensan más que en huir, y en cualquier habón o mata se ocultan.

¡Oh! No sucede esto, sino por el contrario, cuando antes este jefe ha salido a la palestra y les ha dicho la necesidad que tienen todos de cumplir con su deber, sacrificándose para el bien común hasta llegar al sacrificio de la vida, y después de cumplir el deber de arreglar a sus huestes, él les da el ejemplo y es el primero que da el pecho en el combate. Entonces cada uno de sus hombres vale por diez.

Pues bien, esto es lo que hay que hacer. Nada de ostentar el título de presidente para tener un título honorífico—que personas honradas habrá que no le den ni se den importancia—, pero que muchos comercian con él. Hay que hacer ver a la clase que se quiere su unión para algo útil, para conseguir lo que nos corresponde, para dar la batalla y obtener la justa victoria que nos coloca donde debemos de estar. Hay que ser presidente, no solamente para decir, como hasta ahora ha sucedido, que sólo hemos tenido deberes; no: hay que decirlo que también tiene derechos. Y estos derechos nuestros hacedérselos ver a nuestro enemigo: la política. Pero, ¿quién es esta señora, que no hace más que hollarnos, dando leyes que siempre nos dejan desamparados, y cuando por distracción promulga una que nos cubre un poco la retirada y dice no, y repite la del cazarro aquel que, mientras estuvo enfermo, ofreció un terreno al doctor, y cuando sanó le dijo que deliraba, y, además, no conviene a la política?

Si yo fuera presidente, le diría a esta señora—pues ya es vieja—: "Señora, ya me tiene usted hasta la coronilla, y no estoy dispuesto a pagar yo sus gustos; no estoy dispuesto a que hoy diga: "Quiero que unos amigos míos suban, y hay que hacer esto", no, señora; se hace lo que nuestros derechos digan." ¡Ah! Si la gente estuviera dispuesta al combate, la señora política, antes de salirse con su nuevo capricho (que dice pacto en... donde fuera, no quiero decir el nombre, porque no hace al caso), de implantar el Seguro de Enfermedad, yo, como presidente, le diría: "Señora política: el nuevo capricho de usted le cuesta que pague usted a mis hombres con sueldos no inferiores a seis mil pesetas, y si no, se implanta el Seguro de Enfermedad."

Por si alguno al leer esto cree que es una utopía, yo les digo que no, y, caso de que así fuera, yo digo que me dan asco todas las presidencias, y que el que solamente ostenta el título de presidente por el título, no cumple con su deber, que es el de dejar de serlo.

Hay que ser presidente para sacrificarse por el bien común, no para sentarse en la poltrona, y el que no sirva que se vaya, que deje la plaza a otro que demuestre más virilidad, más espíritu de sacrificio, que posea condiciones de llevar sus huestes al combate para obtener la victoria.

¿Que esto no puede ser? ¡Abajo todas las Asociaciones, y que nos dejen nuestro dinero en el bolsillo! ¿Que estaríamos peor? Mejor que mejor. La ley de la compensación saltaría ella sola. Yo, de no estar donde debemos, prefiero que nos hundamos más y más, que en-

EN INYECCIONES SUB-CUTÁNEAS VERDADERAMENTE INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES REQUISITAS POR LAS DIFERENTES MODALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
 —Specia—
 MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE²
 86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DRÉVILLE

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRESOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
 con base de Fermentos Lácticos seleccionados,
 Sales biliares, Agar-Agar, Naftol italeina.

**Tratamiento Biológico
 del ESTREÑIMIENTO
 del ENTERITIS
 PADECIMIENTOS del HÍGADO
 ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
 Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS
 Farmacéutico de 1^a Clase,
 Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de Paris,
 4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
 SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS

Depositarío en ESPAÑA
 J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
 VALENCIA

LACTOBULGARINA
 El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en
 medio vegetal y al máximun de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

En gastroenteritis, tóxicas diarreas estivales,
 infecciones intestinales, etc., es de notable éxito

LACTOBULGARINA

SKODA

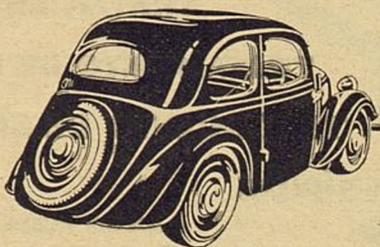
AUTOMOVIL UTILITARIO POPULAR

Fabricado por los Establecimientos
SKODA, de Checoeslovaquia

Doctor, este es su coche

PATENTE 8 HP PARA MEDICO, 40 Ptas. SEMESTRE

Consumo gasolina,
7½ litros por 100 km.



VELOCIDAD,
90 Km. por hora.

Chassis indeformable, con tubo central,
empleado únicamente por las grandes marcas.

Cuatro ruedas independientes.

Cambio de marchas sincronizado.

Cuatro frenos y freno a mano.

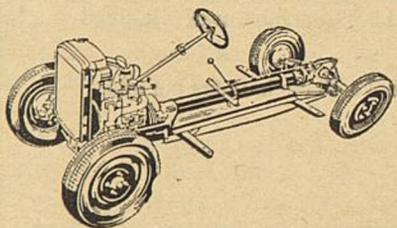
Instalación eléctrica Scintilla.

Espaciosas carrocerías aerodinámicas.

Amplio compartimento para maletas
en la parte posterior.

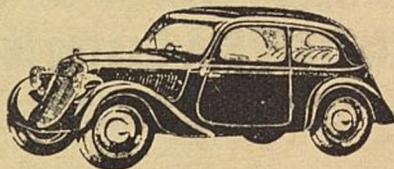
Neumáticos super-confort.

Equipo completo.



Pesetas
7.900

EN FRONTERA



Distribuidor Región Centro:

FRANCISCO SAINZ - Núñez de Balboa, 3

Teléfonos 53953 y 60589

tonces la ley del derecho a vivir saldría pujante y torrencial.

Quedó un compañero cierto día en demostrarme la necesidad de la colegiación. Este día no ha llegado, pero sí ha llegado un día en que se promulgó una ley, la de Coordinación Sanitaria—que tiene defectos, pero tiene virtudes—, y aunque no nos guste a nosotros, hay quien la ha llamado “nuestra ley”. Pues bien: todos sabéis lo que le ha sucedido. Muchas plumas han salido en su defensa. ¡Ah! Los Colegios y la Asociación, ¿para qué sirven? Si sirven para que sigan los titulares como antes, lanzando sus quejas, viendo y sufriendo la tragedia y, lo que no pasa a nadie, trabajar y no cobrar, a mí me daría asco ser presidente para oír las quejas y no poder remediarlas.

Si yo fuera presidente, colocaría a mis hombres donde deben de estar: o dejaría de ser presidente, suprimiendo todas las presidencias.

SISINIO CRESPO.

Padilla de Abajo (Burgos), septiembre.

Veinticinco años de salvarsán

La palabra Salvarsán pertenece hoy a todos los idiomas vivos del Orbe, designándose con ella el medicamento cuyo descubrimiento por Pablo Ehrlich se considera en justicia como una de las mayores y más importantes conquistas de la investigación médica. Nosotros, hombres del presente, estamos demasiado inclinados a considerar a esta palabra, y a todo lo grande y benéfico que designa y encierra, como una parte integrante y casi natural de la ciencia terapéutica, y por esto nos resulta difícil comprender y revivir los tiempos, aún muy cercanos, en que no existía el Salvarsán. Este pasado atroz, lleno de terribles sufrimientos causados por la sífilis, que solamente en el año 1910 terminó para siempre, ya que en aquella fecha Pablo Ehrlich logró forjar, para bien de la Humanidad, la primera arma verdaderamente eficaz y salvadora contra el cruel fantasma luético. Durante siglos enteros había asolado a todos los pueblos y todas las razas, envenenando el amor, infectando con el germen de un sufrimiento incurable a inocentes niños en el seno mismo del organismo materno, y devorando millones de seres humanos en lo mejor de su vida y tras sufrimientos indescriptibles. Pablo Ehrlich comprendió en toda su espantosa grandeza el trágico dominio de la sífilis y la total impotencia de la terapéutica de su tiempo. A pesar de todo, emprendió una guerra sin cuartel contra el terrible mal, y no cesó en este combate titánico hasta alcanzar la victoria que se llama Salvarsán.

Han transcurrido ahora veinticinco años desde que Ehrlich entregó su nuevo medicamento a la Humanidad, y en estos cinco lustros se ha demostrado plenamente que la sífilis ha dejado de ser el fantasma terrorífico que marcaba a sus víctimas con un sello indeleble y fatalmente mortal. Hoy ya no cabe la menor duda de que, por medio del Salvarsán o de sus descendientes perfeccionados, el Neosalvarsán y el Solusalvarsán, logramos curar la infección luética, con la sola condición de que el atacado acuda lo más precozmente posible a la consulta del médico.

Sería necio querer objetar que este medicamento no

ha conseguido hacer desaparecer de la Tierra las afecciones sifilíticas.

De ello no tiene la culpa la incapacidad del médico o la insuficiente actividad del Salvarsán, sino solamente el descuido, la ligereza y, muchas veces, la falta de sentido, de responsabilidad e ignornacia de los enfermos, que no se preocupan de las consecuencias trágicas que su padecimiento puede tener para otras personas que conviven con ellos y para su descendencia. Cierto es solamente el hecho de que, en estos veinticinco años, millones de existencias humanas se hubieran marchitado lentamente a causa de la sífilis y de sus graves complicaciones, si el Salvarsán, el Neosalvarsán o el Solusalvarsán no hubiesen conservado sus vidas, permitiéndoles recuperar su salud y la plena capacidad para el trabajo.

La ciencia médica y la Humanidad entera contemplan con admiración y gratitud los brillantes resultados obtenidos con el Salvarsán, el Neosalvarsán y el Solusalvarsán en veinticinco años de tratamiento de la sífilis, y recuerdan con veneración al hombre cuyo genio investigador halló el arma eficaz que, tras siglos de lucha impotente, ha permitido, por fin, vencer la sífilis, una de las más terribles plagas de la Humanidad, cuya progresión avasalladora parecía fatal antes del trascendental descubrimiento de Pablo Ehrlich.

La solución del problema de los ciegos en España

Conviene insistir una vez más en la única fórmula viable que existe para resolver de una manera total el problema de los ciegos, y conviene que insistamos sobre ella, no con la pretensión de que sea tomada en cuenta, porque esto sabemos que es imposible, sino sólo en cumplimiento del deber que voluntariamente nos hemos impuesto de estudiar y de divulgar todos los aspectos relacionados con la ceguera.

Esto sí, que quede bien sentado: ahora y para siempre, la solución del problema de los ciegos de España es sumamente sencillo, no requiere grandes cantidades de dinero ni recurrir a cosas excepcionales ni siquiera leyes especiales: es factible con sólo un poco de buena voluntad por parte de los que dirigen estas cuestiones y de comprensión y orden en los dirigidos.

El de los ciegos, como otros muchos problemas que tiene planteados España, pueden resolverse fácilmente, pero es indispensable para que esto suceda que los ministros de cuyos departamentos éstos dependan conozcan la magnitud del problema y su posible solución, y después tengan la voluntad de resolverlo, encargando de la ejecución de todos sus detalles a personas técnicas capacitadas y especializadas en estas cuestiones, y esto no ha sucedido nunca, ni sucederá. Los ministros de Instrucción pública y Trabajo no se enterarán jamás de que en sus respectivos departamentos se aloja una posibilidad de llevar el bienestar a muchas familias que hoy viven de una manera miserable, ni siquiera se tomarán la molestia de leer estas líneas, que sabemos escribimos principalmente para ciegos que no las pueden leer y para sordos que no las quieren escuchar. Pero no importa. En España existen aproximadamente unos 25.000 ciegos, uno por cada mil de sus habitantes; el 20 por 100, niños en edad escolar: unos 5.000; el 40 por

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

100, adultos en condiciones de trabajar: unos 10.000; otro 20 por 100 de ancianos mayores de sesenta años: unos 5.000, y otros 5.000 que, perdidos en los hospitales, con esperanzas de curación, en asilos o viviendo desahogadamente a expensas de sus familiares, no necesitan de la protección del Estado.

Estos cálculos, como se ve, son aproximados, porque en España todavía no se ha hecho un censo de la población de los ciegos (tan fácil como resultaría el tenerlo con toda exactitud), pues sólo con que se ordenase por el Ministerio de la Gobernación la inclusión en los censos municipales de una columna titulada "Anormalidad o enfermedad crónica", y que se recomendara a los repartidores de estas hojas la anotación respectiva en esta columna, podría tenerse con toda exactitud, no sólo el de los ciegos, sino el de los sordomudos, el de los mutilados, el de los tuberculosos, etc., etc., pues ya sólo restaría un trabajo de estadística fácilmente realizable por el Instituto Geográfico Catastral y Estadístico.

a) La educación de los niños ciegos puede hacerse en las escuelas públicas, y necesitan también de la reorganización de ocho Institutos regionales, dependientes del Ministerio de Instrucción pública y en colaboración con las Diputaciones provinciales y Municipios importantes, y que pueden servir los colegios y escuelas que hoy ya existen, nada más que subvencionados, orientados y dirigidos por el Estado.

Para la admisión de los niños ciegos en las escuelas públicas habría que dar una disposición oficial y recomendar su ejecución a los inspectores de Primera enseñanza.

b) Para atender a los 10.000 trabajadores ciegos es indispensable la creación, por lo menos, de 20 Casas de Trabajo, dependientes del Patronato Nacional de Protección de Ciegos, en colaboración también con las Diputaciones provinciales y los Municipios en donde estén enclavadas. Para organizar estas Casas de Trabajo se necesitaría un capital de dos millones de pesetas. El Patronato tiene en la actualidad cerca de siete millones en el Banco de España. Estas Casas deben estar orientadas y dirigidas técnicamente, pues su signo debe ser incorporar a la producción a los 10.000 ciegos útiles que hay en España.

Cada una de estas Casas de Trabajo debe tener una sección encargada de colocar a un gran número de ciegos en la industria particular, como obreros y otros como comisionistas, afinadores, masajistas, profesores, músicos, etc. Puede ser un gran complemento para muchos ciegos de aptitudes dudosas por su edad, inadaptación a las disciplinas del trabajo, etc., el ampliar la ley actual de Loterías, en el sentido de que los vendedores ciegos inscritos o que se puedan inscribir en las distintas administraciones de Loterías puedan vender exclusivamente participaciones de cincuenta céntimos, siempre selladas por la administración correspondiente, y cuyos décimos estén depositados en las mismas, persiguiéndose con toda rigurosidad a los demás vendedores de participaciones, rifas, etc., tanto individuales como por asociaciones, que no son más que focos de inmoralidades y fraudes.

c) A todos los ciegos ancianos e inútiles se les debe pensionar con una peseta diaria por el Patronato Nacional de Protección de Ciegos, otra peseta por la Diputación provincial y otra por el Municipio a que corresponda.

Como se ve, la solución del problema es sencilla, sin tener que crear nada nuevo ni tocar el cielo con las manos: sólo con ampliar un poco y orientar mejor las cosas ya existentes. Ahora sí, haciéndolo bien y, sobre todo, articulando y armonizando todos los intereses y todas las actuaciones; que nadie crea que un solo individuo o un solo organismo se basta para resolver, ni que lo que él hace o pueda hacer es suficiente, pues aun aunándolo todo y consumiendo los máximos esfuerzos de todas las organizaciones y de todos los individuos, siempre este problema, como todos los problemas, tendrá sus fallas y sus lagunas.

Y, sobre todo, es imprescindible tener en cuenta que de lo que se trata es de educar a todos los niños ciegos que hay en España, de dar trabajo a todos los ciegos útiles que hay en nuestra Patria y de proteger a todos los ancianos que hoy tienen que pedir limosna para poder mal vivir.

Y ésta es una misión y es un deber del Estado, y el principal responsable de que ella no sea atendida debidamente es, primero, todo el Consejo de Ministros, y mientras que éste no se plantee el problema y trate de resolverlo, tendrá una responsabilidad moral por no hacer, y otra responsabilidad por dejar mal hacer.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708; ídem mínima, 704,6; temperatura máxima, 32,2°; ídem mínima, 16,8°; vientos dominantes, NE.

El proceso más frecuente y más importante durante la última semana han sido las amigdalitis pultáceas, con gran hinchazón y fiebre alta. Incluso en personas que se hallan en los decenios tercero y cuarto y, habitualmente libres de esta dolencia, fueron intensas.

Se registraron asimismo trastornos digestivos con diarrea, pero menos frecuentes que los anteriores.

Los niños acusaron las anginas con frecuencia e intensidad mayores. En ocasiones, los fenómenos asfícticos debidos al gran volumen de las amígdalas revistieron mucha gravedad.

CRONICAS

Se desea médico sustituto, Inspector municipal de Sanidad, pocas pretensiones. Escribid: Médico titular de Zayas de Torre (Soria).

Asociación de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.—Las oficinas de esta Asociación ha trasladado su residencia, de la plaza de Santa Cruz, a la calle de Santiago, núm. 1, principal.

Cosido al periódico adjuntamos prospecto de "La Química Comercial Farmacéutica, S. A. Bayer", anunciando cuatro de sus productos.

Sustituciones rápidas: Dirigirse: General Castaños, número 7, principal derecha (Sr. D. A. S.)

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres gráficos. Altamirano, 50. Madrid.

RECOMENDAMOS A LOS SRES. CONGRESISTAS LA

CERVECERIA - RESTAURANT

“EXCELSIOR”

EXCELENTE COCINA ESPAÑOLA Y ALEMANA

CAFÉ

MARISCOS

CUBIERTOS Y A LA CARTA

ALMUERZOS

CENAS

PRINCIPE, NUM. 27

MADRID

TELEFONO 12730

Tratado práctico de etiqueta
y distinción social

4 pesetas ejemplar

PEDIDOS AL APARTADO NUM. 121
MADRID

Asociación
Digitalina - Uabaina

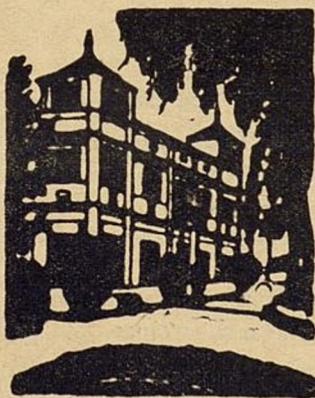
DIGIBAINÉ

Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias.—Dosis mediana: 30 gotas diarias.

LABORATOIRES DEGLAUDE 15, Bd Pasteur
PARIS XV

Muestras y José M.^a Balasch Cuyás (Farmacéutico)
literaturas: Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente para OPOSITAR a las vacantes de Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

4 TOMOS, 1.600 páginas, 35 pesetas

CUALQUIER TOMO SUELTO, 10 PESETAS

©

PEDIDOS AL APARTADO NUM. 121

Ayuntamiento de Madrid

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISIPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelviperitonitis. Artritis
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Antrax. Abscesos e infecciones a estáfilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.-Apartado 384.-Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:
Laboratoires

ANDRE GUERBET
& C.ie
22, rue du Landy
Sy Ouen PARIS

Solo se ha de aceptar el
producto que lleve el
marbete “AZUL”.

**LIPIODOL
LAFAY**

En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

ARMAS CARRERAS: B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas

Iodocuprin BELLOT

Iodo-Metil cupreina, Alcanfor con aceites volátiles en solución oleosa inyectable indolora

Para el tratamiento eficaz de la
GRIPE EN TODAS SUS FORMAS
y en especial en las complicaciones
**brncopulmonares; bronquitis aguda,
y crónica, bronquitis fétida, bronco-
neumonía, neumonía, pleuresía,
abcesos y gangrena pulmonar.**

En ampollas de 2 cc. para inyecciones
intramuscular o subcutánea.
Absolutamente indolora.

DOSIS:

De 1 cc. a 6 cc. al día, según caso y edad.

Muestras F. BELLOT, Antonio López, 163
MADRID

Investigaciones sobre la substancia que determina el origen y formación del sistema nervioso

Por el Dr. JOHANNET HOLTFRETER
Del «Kaiser Wilhelm-Institut für Biologie»
Berlin-Dahlem.

Es sabido que las distintas partes del organismo adulto se hallan en constante y recíproca relación, y que la persistencia y el normal funcionamiento del todo están asegurados principalmente por esta correlación. Las funciones del sistema nervioso y de la sangre en circulación, ya excitando, ya inhibiendo, son, sobre todo, las que mantienen al organismo en interno equilibrio. También para su desarrollo embrionario necesita el organismo en sumo grado de estos contrapuestos influjos orgánicos. Desde que en el último decenio han sido sometidos

SOPA DE AGRIMAX

(Sopa de "Babeurre")

Leche parcialmente descremada y acidificada
— con la adición de Hidratos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ

Apartado 595 Madrid

a la investigación experimental los estados más primitivos del desarrollo, se sabe que, cuando aún no se han diferenciado los órganos, unas regiones del germen ejercen ya sobre las otras importantísimos influjos organógenos. Estas investigaciones sobre el desarrollo embrionario primitivo se han realizado principalmente bajo la dirección de H. Spemann en los embriones de anfibios, que son, hasta ahora, los más accesibles a la experimentación. No obstante, estas investigaciones se han extendido a otros muchos grupos de animales.

En este orden de cuestiones es, sobre todo, interesante que, por ejemplo, el sistema nervioso central no se constituye como órgano, si se impide que el primitivo material del embrión, presto ya a darle origen, entre en contacto con otra región embrionaria (la que ha de ser después musculatura dorsal y notocorda). Si

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCALA, 88. — MADRID

antes de este crítico estado se aísla aquel material de formación y se cultiva separadamente en un medio artificial, no origina ningún órgano nervioso, sino epidermis. Pero si se aísla más tarde, al final de la gastrulación, origina entonces ojos o cerebro, según de donde proceda el material aislado, no obstante hallarse éste sin aquellas otras regiones embrionarias de vecindad normal. Por tanto, en un estado del desarrollo susceptible de exacta delimitación—durante el período de gastrulación—, la región germinal o embrionaria que habrá de dar origen al sistema nervioso todavía no

es capaz de "autodiferenciación", y su ulterior desarrollo y diferenciación es decidido o "determinado" normalmente por la acción de aquellos otros materiales o tejidos que están situados debajo de ella. Las partes de la capa o región embrionaria externa, que no tienen debajo esta capa musculonotocordal, originan, en general, epidermis. Pero si se trasplantan oportunamente partes de re-

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

gión musculonotocordal a cualquier sitio de debajo de la futura epidermis, entonces, en lugar de la piel, se forman grandes partes de un sistema nervioso supernumerario. En estos casos se dice que hay una "acción inductora" o "inducción" ejercida por las partes subyacentes, que son el "inductor". Resulta, por tanto, que la división del ectodermo situado en la superficie externa del embrión, en piel y sistema nervioso central, y la ulterior subdivisión de estas regiones en los diferentes anejos tegumentarios, así como en órganos de los sentidos, cerebro, medula espinal, etc., son decididas por el influjo inductor de determinados órganos subyacentes, que, por su parte, no necesitan de ningún otro inductor para su desarrollo. Como inductores de particular e intensa acción se comportan, según acabamos de ver, los tejidos que originarán la musculatura dorsal y la notocorda, en contacto con los cuales se ha de formar la medula espinal y también los que producirán la musculatura cefálica, bajo cuyo influjo tienen que formarse el cerebro y los órganos de los sentidos. Otros tejidos, como, por ejemplo, los del futuro intestino del tronco, no ejercen sobre el ectodermo vecino acción inductora alguna. Se ha demostrado que no sólo las diferentes partes del sistema nervioso, sino también otros varios órganos, deben su origen a procesos de inducción análogos caracterizados por el contacto con otra clase determinada de tejidos. Y asimismo el desarrollo de un organismo se lleva a cabo gracias a esta distribución de los tejidos que van a formar los futuros órganos en regiones inactivas y en otras de diferente capacidad inductora.

Mediante una serie de investigaciones hemos ido conociendo la localización de los inductores durante los distintos estados de desarrollo, especialmente en el embrión de los anfibios. Así, conocemos

96% de médicos de España a los CONVALESCIENTES les prescriben el Elixir CALLOL

el momento en que comienza y en el que cesa su acción; conocemos también sus acciones específicas. En cuanto al medio gracias al cual ejercen su acción los

inductores, hasta hace poco nos teníamos que limitar a suposiciones. Existían muchos datos en favor de que los estímulos fuesen determinadas substancias químicas, que se difundirían de unas células a otras, originando de este modo el material de reacción para las diferenciaciones específicas de tejidos. También se pensó en fenómenos eléctricos o en radiaciones. Ahora bien: nuevos experimentos de H. Spemann han demostrado ya con bastante seguridad que la capacidad inductora no está necesariamente unida a la estructura intacta del tejido, ni siquiera a la célula intacta, ya que ha conseguido producir inducciones con inductores triturados mecánicamente. Aún más importante es que también ha logrado obtener inducciones de extrema intensidad mediante porciones de germen completamente muertas.

En este experimento las regiones germinales o embrionarias reconocidas co-

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén

mo capaces en estado vivo de producir inducciones fueron calentadas hasta 100°, o matadas por congelación o desecación. Después de trasplantadas como de costumbre debajo de la futura epidermis de un embrión vivo, estos trozos muertos provocaron voluminosas y profundas transformaciones, en todo coincidentes con los efectos de los inductores vivos. De esta manera fueron inducidas placas medulares típicas, que luego se diferenciaron en formaciones como cerebros gigantes que en varios casos fueron acompañadas de típicos ojos, de fosetas olfatorias y de balancines externos. Mas raramente se han podido conseguir análogas inducciones de tejido nervioso cuando, en vez de estas partes que en estado vivo tienen capacidad de inducción, se han trasplantado, después de matadas, otras regiones embrionarias como, por ejemplo, la pared abdominal,

Ioduros Bern De K y Na y cafeinado, químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

o células vitelinas sueltas, y aun partes del huevo no segmentado, que en estado vivo carecen de capacidad inductora, las cuales, por tanto, no han adquirido la acción, se han trasplantado, después de muertas, fenómeno por ahora difícilmente explicable.

Estos resultados experimentales indican en todo caso que en los procesos de inducción, tan importantes, del desarrollo normal nos encontramos ante causas relativamente sencillas.

De otros experimentos se desprende que estas causas son principalmente —cuando no exclusivamente—de natura-

leza química. Si se extirpa una parte de la futura epidermis y se la cultiva aislada en disolución fisiológica de sal, se forma la consiguiente epidermis; pero si, por el contrario, se la cultiva en el humor de la cavidad abdominal de larvas adelantadas de anfibios, produce, en gran parte de los casos, tejido nervioso. Según esto, en el humor de la cavidad abdominal tienen que existir aquellas substancias determinantes que se encuentran también en las porciones de embrión matadas. También se pueden colocar estos trozos aislados de la futura epidermis sobre partes muertas del embrión, de cualquier procedencia, y por este simple contacto se obtiene siempre tejido nervioso. El que la difusión de las supuestas substancias inductoras está localizado lo prueba el que la transformación en tejido nervioso se produce sólo en los trozos colocados realmente encima del inductor muerto, pero no en aquellos otros que están situados sólo en las proximidades del mismo.

¿De qué índole son estos influjos determinantes del desarrollo? Se ha podido comprobar que los inductores son activos no sólo en la especie, sino que también ejercen su acción sobre tejidos extraños. Si se trasplanta, por ejemplo, un trozo de ectodermo de rana, que normalmente habría de dar la piel de la pared abdominal, sobre los órganos cefálicos

BARACHOL
Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

subyacentes de un embrión de salamandra, el trozo, conforme a su nueva situación, es inducido en cerebro y órganos de los sentidos. La sensibilidad al excitante de especie extraña existe, por consiguiente, pero la reacción tiene lugar sólo del modo que permite el material hereditariamente determinado, esto es, el cerebro inducido no será cerebro de salamandra, sino cerebro de rana. De análoga manera Waddington ha comprobado estas relaciones entre el ectodermo del pollo y los inductores trasplantados de embriones de pato.

Nuevos experimentos llevados a cabo sistemáticamente han demostrado que la capacidad inductora no existe sólo en los inductores determinantes del desarrollo normal, sino que de un modo completamente general está localizada en los órganos de los animales, incluso en los animales completamente desarrollados, donde ya no puede actuar nunca. La comprobación de esto se obtuvo cuando fueron cultivados debajo de la futura piel abdominal de una gástrula de anfibio trozos cualesquiera de órganos de cualesquiera animales. Si el implantado posee capacidad de inducción, entonces se desarrolla el ectodermo huésped vecino, en lugar de piel, en tejido nervioso; se produjeron en el abdomen cerebros, ojos, vesículas óticas, colas y otros ór-

ganos supernumerarios, que continuaron su desarrollo hasta alcanzar una estructura completamente típica y capacidad funcional. De este modo fueron implantadas las distintas partes del cuerpo de casi todas las clases de animales, con

CARABAÑA: el mejor purgante

resultados casi siempre positivos. Así, por ejemplo, pequeños trocitos de órganos de gasterósteo, de lagarto, de ave, de ratón, trasplantados a un embrión de salamandra, indujeron al desarrollo de grandes órganos nerviosos. Al parecer, resultaron eficaces, sin excepción, todos los órganos de aquellos animales, particularmente el hígado, riñones, tiroides, suprarrenales; pero también otros órganos, por ejemplo, músculos, cerebro, retina, testículos, ovarios, bazo, tejido adiposo. Luego se ensayó la capacidad de los órganos de animales inferiores. También estos órganos produjeron inducciones, pero, en general, con una intensidad mucho menor que la de los órganos de los animales superiores. Se consiguió, sin embargo, con partes de cestodes, de caracoles, de cangrejos e insectos provocar la formación de órganos nerviosos supernumerarios en el cuerpo de los anfibios. Finalmente, lo que después de todo esto resultaba ya maravilloso, se consiguieron extensas inducciones con trozos de trasplantado: de vidua y calentados una hora a 180° la un cadáver humano; por ejemplo, hígado, cerebro, riñón y lengua.

Ahora bien, ¿estriba la actividad de todos estos diferentes inductores en que todos ellos actúan con el mismo medio, por ejemplo, una substancia química que provoca la formación de tejido nervioso? Desde hace tiempo conocemos substancias análogas, los hormones, y sabemos que su presencia determina el crecimiento, la formación y la función de los órganos. Había, pues, que demostrar la naturaleza química de estos hipotéticos medios de inducción. Con este objeto se ensayó la resistencia de los inductores

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIICOL, BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14.—BARCELONA

ante las acciones mecánicas, térmicas y químicas.

Pronto se vió que la actividad de los inductores no está necesariamente unida a su estado vivo. Pues también partes de un órgano uno o dos días después de muertas o desecadas a la temperatura del laboratorio son todavía capaces de producir inducciones. Los inductores también fueron sometidos al calentamiento, y se vió que pueden resistir durante

varias horas el calor seco de 60°. Después de media hora a 150° pierden actividad queda completamente extinguida. De esto se desprende que en la inducción actúan efectivamente determinadas substancias destruíbles y no estímulos puramente mecánicos del implantado como resulta también de otros experimentos. Si se implantan productos vegetales, como almidón de patata y harina o cera, agar, carbón, no se produce ninguna reacción.

La resistencia al calor fué también investigada por vía húmeda. La permanencia en agua a 60°, 80° y 100° no perjudica la actividad de estas substancias. Aun después de una cocción de una hora, inducen todavía; pero después de una cocción más larga, van siendo menos activos y al cabo de hora y media han perdido su actividad. La congelación parece que les perjudica poco.

Los esfuerzos siguientes se dirigieron a separar estas substancias en cuestión de los demás componentes celulares. Se obtuvieron extractos. Como para la preparación de los inductores de la gástrula de los anfibios habría que sacrificar cantidades enormes de embriones a causa de su pequeñez, resultó feliz circunstancia el que se pueden obtener extractos muy activos de los órganos antes citados, fáciles de procurárselos en

BENZOFORMINA
PRODUCE FORMOL Y DESINFECTA ORGANISMO

abundancia, de animales adultos. Se prensó un hígado de ternera, y el jugo, por centrifugación, fué liberado de sus componentes sólidos, y coagulándolo por el calor e implantando la substancia semisólida así obtenida, produjo también la inducción de órganos nerviosos.

Aquí principia el trabajo del químico, para el que ya se ha dejado muy preparado el camino. Se vió que la substancia en cuestión no parece muy soluble en alcohol, ya que porciones de embriones conservadas durante seis meses en alcohol indujeron muy intensamente, aun después de haber pasado por xilol y haber sido penetradas por parafina líquida. También conservan estas substancias su actividad en una solución muy concentrada de ácido clorhídrico. Por el contrario, resultaron solubles en el éter, lo que ha sido experimentado simultáneamente por Waddington-Needham y por mí.

Sería imprudente adelantar ya desde ahora hipótesis acerca de la naturaleza química de las substancias inductoras o de las condiciones físicas de su activación, tanto más cuanto que es de esperar que en un futuro más o menos próximo nos hallaremos en posesión de una base experimental más amplia.

(De Investigación y Progreso.)

ciones al día (hipodérmicas) de 200 centímetros cúbicos cada una (contra la infección puerperal).

Inhalaciones (con un frasco lavador) y fumigaciones (quemando una mezcla de esencia de trementina y brea).

Al exterior: diversos linimentos (especialmente el bálsamo de Fioraventi, que contiene 20 gramos de trementina en 100 gramos).

Baños (100 gramos de esencia para un baño; emulsiónese).

Inyecciones intrauterinas y vaginales: en cada litro de agua hervida, dos cucharadas de las de sopa de una emulsión que contenga un tercio de esencia de trementina.

Farmacopeas extranjeras.—En España, las píldoras oficiales contienen: trementina, 10 centigramos, y magnesia hidratada, 13 centigramos.

Incompatibilidades.—La esencia de trementina no debe mezclarse con la tintura de yodo: los dos productos se descomponen y forman un explosivo.

Baño:

Emulsión acuosa de jabón negro	} aa 100 a 300 gr.
Esencia de trementina.....	

Agítese y viértase en un baño muy caliente.—Recmatismo (especialmente blenorragico).

Emulsión:

Esencia de trementina.....	300 cc.
Agua esterilizada.....	600 —
Tintura de leño de Panamá.....	5 gr.

H. S. A. una emulsión.—Agítese al emplearla.—Dos cucharadas de las de sopa por cada litro de agua hervida, para inyecciones intrauterinas y vaginales.—Infección puerperal.

Composición: La trementina es una óleoresina, de la cual, disecándola por destilación, se obtiene un aceite esencial, la esencia de trementina, y una resina, la colofonia.

Esencia de trementina.—Es el principio activo: líquido incoloro, de olor fuerte y sabor acre.

Es insoluble en el agua y soluble en el alcohol, en el éter y en los aceites.

Expuesta al aire y a la luz ozoniza el oxígeno, propiedad que aún conserva después de ingerida y eliminada al aire libre.

Acción fisiológica.—Valor antiséptico: moderado, importante sólo para el bacilo de Klebs y el estreptococo.

La trementina es más bien parasiticida.

Aplicaciones externas: La esencia irrita vivamente la piel y, con mucha más energía, las mucosas. En fricciones en la piel provoca una sensación de ardor y vesicación.

Absorción: Se absorbe por la piel, pero más especialmente por las mucosas, como la respiratoria (inhalaciones) y la digestiva (ingestión).

Las inyecciones hipodérmicas provocan una intensa diapedesis y, por último, la formación de abscesos.

Eliminación: Se elimina principalmente por la orina (que toma olor a violetas), pero también por los pulmones y por el sudor.

Aparato digestivo: Sobre la mucosa bucal, hiperemia salival, primero, y después, rubicundez y sequedad.

En el estómago, una corta cantidad de trementina determina solamente una quemadura pasajera; una dosis más elevada produce una quemadura más intensa, dolores, náuseas y vómitos, y después cólicos, meteorismo y diarrea.

La trementina excita la secreción biliar y ejerce una acción disolvente sobre los cálculos.

Aparato respiratorio: Al eliminarse por los pulmones la trementina, aumenta y fluidifica las secreciones.

Además, ejerce una acción antiséptica local, al mismo tiempo directa y secundaria, por la acción ozonizante.

Sistema nervioso: Una dosis algo elevada determina un estado de embotamiento y de laxitud. La inhalación prolongada produce cefalea y vértigos.

Vías urinarias: Acción antiséptica y ligeramente diurética.

Pero si la dosis es excesiva, determina oliguria, albuminuria y hematuria.

Secreciones: Lo mismo que las secreciones pulmonar y biliar, la secreción sudoral también aumenta por la trementina, y puede ser causa de eritemas.

Tolerancia, toxicidad.—Las dosis terapéuticas sólo se toleran cuando van muy fraccionadas y administradas con un líquido que impida la acción cáustica sobre el estómago.

La toxicidad se caracteriza sobre todo por la gastroenteritis y los trastornos urinarios indicados, que pueden llegar hasta la anuria; además, el pulso se acelera y los movimientos respiratorios son más lentos.

Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.—I. Al interior se prescribe como balsámica:

a) En las bronquitis, en el período de declinación, o en las crónicas, en las bronquitis fétidas, en la gangrena pulmonar y en la tuberculosis pulmonar.

El efecto útil del medicamento es la facilidad en la expectoración; además, la trementina tiende a ejercer una acción curativa sobre las mucosas.

b) En las enfermedades de las vías urinarias que atacan al aparato de excreción y, más especialmente, en los estados crónicos acompañados de purulencia: pielitis, uretritis, cistitis.

Pero es más bien nociva en las lesiones del parénquima renal.

c) En los cólicos hepáticos y en la colecistitis.

d) Como antihelmíntica (especialmente para los oxiuros).

e) Contra el reumatismo y las neuralgias (sobre todo la ciática), sin perjuicio de las aplicaciones externas.

f) Ejerce cierta acción hemostática, por lo cual se emplea asociada a otros medicamentos contra las metrorragias, las hemoptisis y las hematurias (a cortas dosis en este último caso).

g) Finalmente, la trementina ozonizada (después de expuesta al aire en gran superficie) es un antídoto del fósforo.

h) Inyecciones hipodérmicas de suero trementinado (al 1 por 200) contra la infección puerperal declarada.

II. Al exterior se emplea en fricciones (diversos linimentos), como revulsivo local contra los dolores reumáticos, neuralgias, pleurodinias, pequeños focos de pleuritis, etc.

En inyecciones intrauterinas y vaginales, emulsionada con la madera de Panamá, se emplea la esencia de trementina como tratamiento profiláctico, y hasta curativo, de la infección puerperal de estreptococos.

Modos de administración y dosis.—Al interior: esencia de trementina purificada, de uno a cuatro gramos al día, en cápsulas de 25 centigramos, que se toman con un líquido caliente.

Jarabe de trementina (al 1,10): de 50 a 100 gramos al día.

Trementina cocida: de 1,50 a tres gramos al día en píldoras (de 30 centigramos), y píldoras de trementina purificada del Códex, de 20 centigramos una: de cuatro a 12 al día.

Suero trementinado al 1 por 200: dos o tres inyec-

*Hemofilia
P. Mayor 3*

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^A, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colestérina, gomenol, alcanfor y estricnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

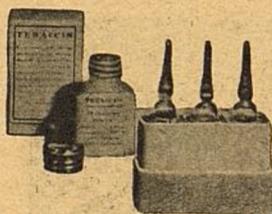
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

Tratamiento bismútico de las espiroquitososis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



FABRICACION NACIONAL



FORMA COMERCIAL

●
COMPRIMIDOS: 0,01 gr. de Tebaicin. - Frasco de 20 comprimidos

AMPOLLAS: Solución esterilizada al 2% (1 c.c. contiene 0,02 de Tebaicin).

Caja de 3 ampollas de 1,1 c.c.
> > 6 > > 1,1 c.c.
> > 12 > > 1,1 c.c.

Agentes exclusivos para España:
Hijos de Honorio Riesgo, S. A.
Calle Mayor, 7. - Apartado 12077. - MADRID

TEBAICIN

PODEROSO CALMANTE

ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO - ENÉRGICO

Contiene la totalidad de los alcaloides del Opio en forma de cloruros solubles y puros, en la misma proporción que se encuentran en el Opio, pero con la ventaja de tener siempre una composición constante.



MONOTION

Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa

DOSIS: 1.^a 0,05 - 2.^a 0,15 - 3.^a 0,30 - 4.^a 0,45 - 5.^a 0,60 gramos.